

CAMERA DEI DEPUTATI
COMMISSIONI RIUNITE II (GIUSTIZIA) E XII (AFFARI SOCIALI)

Proposta di legge di iniziativa popolare n. 2
Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia

*Scheda US n. 7/2019**

Roma, 24 febbraio - 2 maggio 2019

1. Premessa.....	1
2. La proposta di legge in discussione	2
3. Le indicazioni della Corte costituzionale	5
4. Conclusioni e linee di intervento	10

1. Premessa

La calendarizzazione della proposta di legge in discussione corrisponde alla ben precisa esigenza di dare seguito all'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale.

La Corte, in particolare, era chiamata a pronunciarsi sulla questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. (*Istigazione o aiuto al suicidio*), sollevata dalla Corte di Assise di Milano nel caso riguardante la condotta di Marco Cappato, rinvio a giudizio per aver materialmente contribuito alla realizzazione del proposito suicidario di Fabiano Antoniani, accompagnandolo in Svizzera per porre fine alla propria vita.

L'art. 580 c.p. è sospettato di illegittimità costituzionale sotto due profili.

In primo luogo, il giudice rimettente lamenta il contrasto dell'art. 580 c.p. con gli artt. 2, 13, comma 1 e 117, comma 1 (in relazione agli artt. 2 e 8 della CEDU) della Costituzione, nella parte in cui incrimina – accanto alle condotte di

* La presente scheda è stata redatta da Angelo Schillaci, con la supervisione di Giuseppe Colavitti.

istigazione al suicidio – le condotte di mero aiuto alla realizzazione di un proposito suicidario già maturato. In secondo luogo, viene lamentata l'irragionevolezza del quadro edittale (che assoggetta entrambe le condotte alla medesima pena, senza considerare la differenza tra le due fattispecie) con conseguente violazione degli artt. 3, 13, 25, secondo comma, e 27, terzo comma, Cost.

Con l'ordinanza n. 207/2018, pronuncia inedita nel panorama degli strumenti di decisione della Corte – **definita dallo stesso Presidente della Corte in termini di “incostituzionalità prospettata”** – la Consulta ha rinviato la trattazione della questione all'udienza del 24 settembre 2019, fornendo al contempo al legislatore, chiamato a bilanciare, nell'esercizio della propria discrezionalità, i diversi valori e interessi in gioco, una serie di indicazioni volte a guidare il bilanciamento.

Dunque, **è alla decisione della Corte che si deve guardare, per ricavarne i criteri che devono orientare, sul piano giuridico-costituzionale, l'esercizio della discrezionalità politica** su un tema sicuramente delicato e complesso quale quello della tutela della dignità alla fine della vita.

2. La proposta di legge in discussione

Preliminarmente, tuttavia, devono essere svolte alcune osservazioni sul contenuto della proposta di legge in discussione.

Come rilevato infatti dai relatori nei loro interventi nella seduta del 30 gennaio 2019, la proposta di legge n. 2 trae origine dalla riproposizione, all'inizio della XVIII legislatura, di una identica proposta di legge di iniziativa popolare presentata nel corso della legislatura precedente: di conseguenza, **essa non tiene conto delle innovazioni *medio tempore* intervenute nell'ordinamento, e segnatamente dell'approvazione della legge n. 219/2017**, recante *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

2.1. In particolare, gli articoli 1 e 2 della proposta sono relativi alla possibilità – per il malato – di rifiutare l'inizio o la prosecuzione di trattamenti sanitari,

nonché ogni tipo di trattamento di sostegno vitale o di terapia nutrizionale anche attraverso dichiarazioni anticipate (art. 1 e, in parte, art. 4) e alla responsabilità del personale medico e sanitario che si rifiuti di dare seguito alla volontà del paziente (art. 2).

L'art. 1 risulta pienamente assorbito dal successivo intervento della legge n. 219/2017, i cui articoli 1, 2 e 4 garantiscono la piena autodeterminazione del malato in ordine ai trattamenti cui essere sottoposto, anche attraverso disposizioni anticipate di trattamento e contemplando sia il divieto di accanimento terapeutico che il rifiuto di terapie di sostegno vitale.

L'art. 2 della proposta di legge prevede, invece, l'obbligo di risarcimento del danno per il caso di mancato rispetto, da parte del medico, delle direttive del paziente, restando impregiudicato ogni ulteriore profilo di responsabilità di tipo civile o penale. Ferma restando la necessità di coordinare tale disposizione con le innovazioni *medio tempore* intervenute in materia di responsabilità dei professionisti sanitari (legge n. 24/2017), il suo contenuto essenziale non risulta invece riprodotto nella legge n. 219, la quale pare piuttosto ispirata alla promozione dell'alleanza terapeutica in tutte le fasi della relazione tra medico e paziente.

In particolare, l'art. 1, comma 6 della legge n. 219/2017 prevede che "il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali". Se, dunque, è previsto un esonero di responsabilità per il caso in cui il medico dia attuazione alle direttive del paziente e da ciò derivi un pregiudizio per il paziente medesimo (ivi compresa la morte), la medesima disposizione precisa che l'obbligo del medico non può estendersi fino a comportare la violazione di leggi, regole deontologiche e buone pratiche, nulla prevedendo in relazione alla diversa ipotesi di rifiuto del medico di dare seguito alle direttive del paziente.

Ancora, l'art. 4, comma 5, dispone che il medico sia tenuto al rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), le quali possono essere tuttavia "disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita"; in caso di conflitto tra medico e fiduciario, è dato ricorso al giudice tutelare ai sensi dell'art. 3, comma 5 della medesima legge.

2.2. Più complesso il discorso relativamente agli artt. 3 e 4 della proposta di legge.

L'art. 3, infatti, mira ad introdurre una **causa di non punibilità per i delitti previsti dagli artt. 575, 579, 580 e 593 c.p., in relazione al medico e al personale sanitario che abbiano praticato trattamenti eutanasi su richiesta del paziente.**

Il trattamento eutanasi può essere praticato al verificarsi di determinate condizioni, tra cui la circostanza (particolarmente rilevante ai fini dell'analisi che le Commissioni sono chiamate in questa sede a condurre) che "la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da una malattia produttiva di gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi"; accanto a ciò, si richiede che il paziente sia capace di intendere e volere, i parenti entro il secondo grado e il coniuge siano stati informati (con il consenso del paziente), il paziente stesso sia stato congruamente e adeguatamente informato delle sue condizioni e di tutte le possibili alternative terapeutiche e prevedibili sviluppi clinici e abbia discusso di ciò con il medico ed infine che il trattamento eutanasi rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche.

In conseguenza, l'art. 4 prevede che la richiesta di essere sottoposto a trattamenti eutanasi (al verificarsi delle medesime condizioni di cui all'art. 3) possa essere versata in una disposizione anticipata, con nomina di un fiduciario.

Con ciò, **la proposta di legge in discussione si colloca decisamente sul versante della cd. eutanasia attiva, consistente nella somministrazione, al verificarsi di determinate condizioni, di farmaci atti a provocare la morte del paziente che ne abbia fatto richiesta.**

3. Le indicazioni della Corte costituzionale

Si deve dunque valutare il testo dell'art. 3 della proposta di legge in relazione al contenuto della richiamata ordinanza n. 207/2018 della Corte Costituzionale.

Nel fare ciò, non si potrà non tenere conto delle **concrete circostanze del caso** sottoposto all'esame della Corte che, come è stato sottolineato in dottrina (Morrone), assume valore paradigmatico in relazione al vaglio della concreta portata dei principi e dei valori costituzionali in gioco.

La Corte si è mossa, per così dire, tra due poli: per un verso, ha scrutinato la legittimità costituzionale della previsione di cui all'art. 580 c.p. sotto il profilo della coerenza con la Costituzione dell'incriminazione del mero aiuto al suicidio. Per altro verso, la Corte ha affrontato il tema dell'adeguatezza del quadro normativo vigente – ed in particolare delle previsioni recate dalla legge n. 219/2017 – in relazione a situazioni quali quella dedotta nel giudizio principale.

3.1. Con riferimento al primo profilo, **la Corte esclude che la fattispecie di aiuto al suicidio**, in sé isolatamente considerata, **sia contraria a Costituzione**: la repressione penale dei comportamenti di istigazione e aiuto al suicidio, infatti, è ritenuta “funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio” (Cons. dir., par. 6).

La Corte non ritiene, in particolare, che la tutela di malati che si trovino nelle condizioni di Fabiano Antoniani possa essere assicurata attraverso l'espunzione dall'ordinamento della fattispecie di aiuto al suicidio.

Se, infatti, una tale soluzione consentirebbe di escludere la condanna per Marco Cappato, legittimando *a posteriori* la sua condotta, l'eliminazione *sic et*

simpliciter della disposizione incriminatrice aprirebbe però un vuoto di tutela in relazione alla condizione di quei soggetti vulnerabili che chiedano aiuto per realizzare un proposito suicidario, magari al di fuori di strutture sanitarie e/o in assenza di procedure e strumenti di controllo volti a verificare le loro condizioni di salute e l'autenticità del proposito di porre termine alla propria vita. Come precisato dalla Corte, pertanto, l'incriminazione dell'aiuto al suicidio mantiene "una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto" (ivi). Tutto al contrario, discende dai precetti costituzionali l'opposto dovere di protezione di tali soggetti, che devono essere messi nella condizione di poter liberamente sviluppare la propria personalità in assenza di ostacoli che possano condurli a maturare la decisione di morire.

Il bilanciamento tra tutela della vita e protezione dell'autodeterminazione e della dignità del malato deve pertanto avvenire secondo diversi criteri e con differenti strumenti, che mantengano in vita la disposizione incriminatrice, escludendo che la stessa possa essere applicata in situazioni peculiari quali quella dedotta in giudizio dinanzi alla Corte d'Assise di Milano.

3.2. In questa prospettiva, con riferimento al secondo profilo, la Corte si interroga sull'adeguatezza della disciplina recata dalla legge n. 219/2017 per fare fronte a situazioni quali quella di Antoniani, **indicando al legislatore alcune possibili linee di intervento.**

Il caso all'attenzione della Corte d'Assise di Milano rientra – osserva la Corte – in una delle "ipotesi nelle quali l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost." (Cons. dir., par. 8).

Si tratta, in altri termini (e come espressamente precisato dalla Corte) di **malati affetti da patologie irreversibili, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche assolutamente intollerabili, tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale e cionondimeno capaci di prendere decisioni libere e consapevoli.**

Per questa tipologia di malati, **le disposizioni recate dalla legge n. 219/2017 già possono assicurare, osserva la Corte, la realizzazione del proposito di porre fine alla propria vita attraverso la sospensione dei trattamenti di sostegno vitale con contestuale sottoposizione a sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.** Esse, tuttavia, rischiano di non tutelare a pieno la dignità del malato, subordinando la produzione dell'esito fatale ad **ulteriori sofferenze anche prolungate nel tempo**, costringendo "il paziente a subire un processo più lento, in ipotesi meno corrispondente alla propria visione della dignità nel morire e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care" (Cons. dir., par. 9).

Di conseguenza, è in relazione a tali casi (e ad essi soltanto) che – conclude la Corte – è possibile ipotizzare una **estensione degli strumenti già previsti dalla legge n. 219/2017 (e muovendosi nel rispetto della *ratio* di tale legge), consentendo al medico la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte, senza per ciò incorrere nell'incriminazione di cui all'art. 580 c.p.**

Nella misura in cui infatti la legge n. 219/2017 già contempla l'esito fatale quale conseguenza della sospensione dei trattamenti e delle terapie di sostegno vitale – peraltro imponendo, nell'interesse del malato, l'associazione della sospensione delle cure alla terapia del dolore e alla sedazione palliativa (per evitare al malato stesso inutili ulteriori sofferenze) – senza che ciò possa reputarsi in contrasto con "il cardinale rilievo del valore della vita", da ciò consegue che **"non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento – apprezzato come contrario alla propria idea di morte dignitosa – conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale"** (ivi).

Di conseguenza, **la Corte invita espressamente il legislatore ad intervenire sulla legge n. 219/2017, escludendo l'applicabilità della previsione penale alla condotta del medico che contribuisca attivamente alla realizzazione della decisione del malato di porre termine con la morte alle proprie intollerabili sofferenze.**

In questo perimetro si apre lo spazio della discrezionalità politica del legislatore, al quale la Corte non può sostituirsi nell'individuare un concreto modello di disciplina, nel bilanciamento tra i diversi valori costituzionali in gioco, e segnatamente la tutela della vita – da un lato – e la garanzia dell'autodeterminazione del malato, dall'altro.

Così la Corte, al par. 10 della decisione, delinea alcune possibili linee di intervento, e in particolare:

- a) la necessità di assicurare opportuni controlli “sull'effettiva sussistenza [...] della [...] capacità di autodeterminarsi, del carattere libero e informato della scelta [...] e dell'irreversibilità della patologia”, con riguardo, come precedentemente chiarito dalla stessa Corte, a **malati affetti da patologie irreversibili, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche assolutamente intollerabili, tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale;**
- b) la conseguente necessità di disciplinare un opportuno “**processo medicalizzato**” di verifica dei presupposti e somministrazione dei trattamenti del caso, anche mediante eventuale riserva esclusiva al sistema sanitario nazionale della gestione di simili evenienze, in uno con la eventuale previsione dell'**obiezione di coscienza** per il personale sanitario coinvolto;
- c) una **opportuna considerazione delle situazioni pregresse**, in relazione alle quali sia stato applicato l'art. 580 c.p., oltre che ai processi in corso;
- d) la necessità di “adottare **opportune cautele** affinché – anche nell'applicazione pratica della futura disciplina – l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente **non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza** –

in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la [...] legge n. 38 del 2010 – si da porlo in condizione di vivere con intensità e in modo dignitoso la parte restante della propria esistenza”, con la significativa precisazione che “il coinvolgimento in un percorso di cure palliative dovrebbe costituire [...] un **pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente**”: in altri termini, anche la richiesta di somministrazione di un farmaco atto a provocare la morte deve avvenire **nel quadro di un percorso di cure palliative**, come già avviene per la rinuncia alle cure ai sensi dell'art. 2 della legge n. 219/2017.

3.3 Dunque, è in questo quadro che deve essere orientato l'intervento del legislatore, e in particolare l'**eventuale approvazione, con modifiche, dell'art. 3 della proposta di legge in discussione**.

Come ricordato, tale disposizione mira ad introdurre ipotesi di eutanasia attiva, ancorandole al verificarsi di condizioni solo parzialmente sovrapponibili a quelle delineate dalla Corte costituzionale. Inoltre, essa non tiene conto delle modifiche introdotte dalla legge n. 219/2017.

D'altro canto, il complesso dispositivo desumibile dalla vigente legge n. 219/2017 (anche in combinazione con la legge n. 38/2010, in materia di cure palliative e terapia del dolore) contempla sì la possibilità di morte del paziente, ma solo come conseguenza della sospensione delle cure e delle terapie di sostegno vitale (cd. eutanasia passiva).

La legge n. 219/2017, infatti, contempla e protegge la situazione del paziente che, mantenuto in vita grazie a terapie di sostegno vitale (comprese l'idratazione e l'alimentazione artificiale), intenda ottenere la sospensione di tali trattamenti per essere accompagnato alla morte mediante l'applicazione della terapia del dolore o della sedazione palliativa profonda continua (cfr. art. 2 della legge): il paziente in tali condizioni può autodeterminarsi in ordine alla sospensione delle cure, e può manifestare tale decisione – per il futuro – in dichiarazioni anticipate di trattamento.

Con ciò, la legge n. 219/2017 si pone in linea con le acquisizioni della giurisprudenza interna – ed in particolare con Cass. Sez. I civ., sent. n.

21748/2007, resa nel c.d. caso Englaro – e della giurisprudenza della Corte EDU, che da tempo include il diritto all'autodeterminazione in materia di salute (anche ove dall'esercizio di esso possa derivare la morte) nell'ambito della tutela del diritto alla vita privata di cui all'art. 8 della Convenzione (cfr. le decisioni nei casi *Pretty v. Regno Unito*, 29 aprile 2002, ric. n. 2346/02; *Haas v. Svizzera*, 20 gennaio 2011, ric. 31322/07; *Koch c. Germania*, 12 luglio 2012, ric. 497/09; *Gross v. Svizzera*, 14 maggio 2013, ric. n. 67810/10).

Viceversa, **non è contemplata né protetta la situazione del paziente che, alle medesime condizioni alle quali è consentita l'autodeterminazione in ordine alla sospensione delle cure, chieda che alla sospensione del trattamento si accompagni non già soltanto la sedazione, ma anche la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte.**

Dunque, è precisamente lungo questo confine fragile e delicato – che si sovrappone parzialmente (ma non coincide del tutto) con quello che separa l'eutanasia attiva dalla cd. eutanasia passiva – che si deve muovere l'opera di bilanciamento del legislatore, alla luce dei principi costituzionali e delle indicazioni provenienti dalla giurisprudenza della Corte costituzionale e delle Corti sovranazionali.

4. Conclusioni e linee di intervento

Alla luce dell'analisi sin qui condotta e del perimetro tracciato dall'ordinanza della Corte costituzionale, un eventuale intervento del legislatore potrebbe muoversi pertanto lungo le seguenti direttrici, apportando le opportune modifiche all'art. 3 della proposta di legge in discussione.

4.1 Anzitutto, appare necessaria una **rigorosa tipizzazione degli interventi ammessi**, intervenendo – come suggerito dalla Corte stessa – attraverso una apposita integrazione della legge n. 219/17 (ed eventualmente della legge n. 38/2010), **nel rispetto delle condizioni tracciate dalla Corte**, con particolare riguardo:

- a) alla **definizione delle ipotesi** in cui è consentita la somministrazione del farmaco letale;
- b) alla **procedimentalizzazione** delle verifiche e dei controlli mediante idonei protocolli terapeutici;
- c) alla **somministrazione di cure palliative**;
- d) alla **salvaguardia della relazione di cura** tra medico e paziente ed **in armonia con le garanzie già previste dalla legge n. 219/2017** in relazione al bilanciamento tra autonomia e indipendenza del medico e tutela dell'autodeterminazione del paziente.

A tal fine, potrebbe ipotizzarsi un intervento sull'art. 2 della legge n. 219/17, mediante l'aggiunta di un comma così formulato (**le lettere inserite tra parentesi quadre corrispondono ai diversi ambiti di intervento individuati dalla Corte come sopra elencati**):

*“Nei casi di paziente affetto da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche assolutamente intollerabili, tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale e capace di prendere decisioni libere e consapevoli **[a]**”, è consentita, su richiesta del paziente e nel rispetto dell'art. 1 della presente legge **[d]**”, la somministrazione di farmaci idonei a provocarne rapidamente la morte. La somministrazione dei trattamenti di cui al periodo precedente è consentita unicamente presso strutture del servizio sanitario nazionale, da parte di personale medico e sanitario che non abbia formulato al riguardo obiezione di coscienza **[b]**”. È sempre garantita un'appropriate terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 **[c]**”.*

Il legislatore potrebbe inoltre intervenire, nel rispetto dello spirito della legge n. 219/2017, per prevedere che la somministrazione dei trattamenti eutanasi possa essere oggetto delle dichiarazioni anticipate di cui all'art. 4 della medesima legge, restando subordinata alla relativa disciplina e alle garanzie da essa recate (ivi compreso il ricorso al giudice tutelare in caso di conflitto tra il medico e il fiduciario del paziente).

4.2 In secondo luogo, appare opportuno assicurare, mediante un intervento sulla correlata disciplina penalistica, un **esonero della responsabilità penale del medico** che abbia dato seguito alla richiesta del paziente di ricevere il trattamento eutanascico.

Una simile finalità potrebbe essere assicurata inserendo, nel medesimo comma aggiunto all'art. 2 (come da proposta al par. 4.1) un ultimo periodo che escluda la perseguibilità delle condotte tipizzate nei periodi precedenti, piuttosto che prevedere una causa di non punibilità.

La disposizione potrebbe essere formulata come segue: *“La condotta di cui ai periodi precedenti **non costituisce reato**”*, così escludendo l'integrazione di qualunque fattispecie delittuosa.

Allo stesso tempo, come richiesto dalla Corte costituzionale, di tale causa di esclusione della responsabilità dovrebbero poter beneficiare i professionisti sanitari che abbiano contribuito alla realizzazione del proposito suicidario cagionando, anche indirettamente, la morte del malato **prima dell'entrata in vigore della legge, al verificarsi di condizioni analoghe a quelle dalla legge stessa previste**. Per assicurare tale finalità, dovrebbe valutarsi l'inserimento di specifica disposizione transitoria, formulata in modo da ancorare la non punibilità del medico e dell'operatore sanitario al verificarsi di condizioni analoghe a quelle previste dalla legge stessa.

A mero titolo esemplificativo, cfr. una formulazione del seguente tenore: *“Non è punibile per i delitti di cui agli artt. 579 e 580 del codice penale chi, anche prima dell'entrata in vigore della presente legge, abbia direttamente o indirettamente cagionato, su sua richiesta, la morte di una persona nelle condizioni di cui all'art. 2, comma X, della presente legge”* o, in alternativa: *“Non è punibile per i delitti di cui agli artt. 579 e 580 del codice penale chi, anche prima dell'entrata in vigore della presente legge, abbia cagionato direttamente o indirettamente, su sua richiesta, la morte di una persona affetta da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche assolutamente intollerabili e refrattarie alle cure palliative di cui alla legge n. 38/2010, tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale e capace di prendere decisioni libere e consapevoli”*.

4.3 Si segnala infine, quale ulteriore linea di intervento, la possibilità di **modificare il quadro edittale previsto dall'art. 580 c.p., commisurando le pene alla diversa gravità delle due fattispecie di istigazione e aiuto.** Sebbene la Corte non si pronunci sul punto (pur trattandosi di una delle due questioni di legittimità costituzionale ad essa sottoposte dalla Corte di Assise di Milano), l'inquadramento della fattispecie di aiuto materiale desumibile dall'ord. n. 207/2018 potrebbe consentire di valutare la ragionevolezza di una diversa e gradata commisurazione delle pene comminate per le due diverse fattispecie recate dall'art. 580 c.p.