



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA



PER UN **DIRITTO
GENTILE**

La complessità della cura nelle residenze.

**IL FINE VITA: QUESTIONI ETICHE E
GIURIDICHE.**

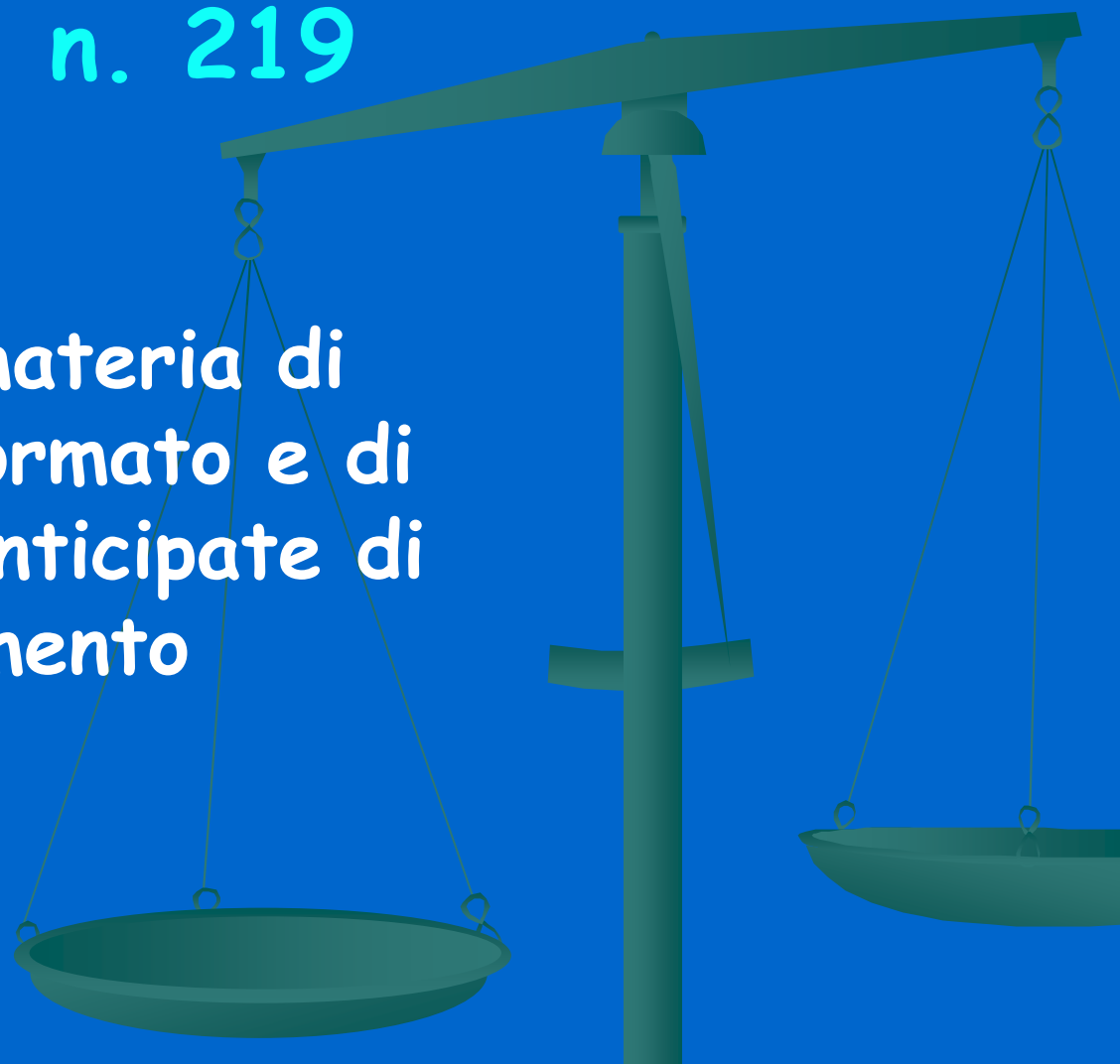
Brescia, 19 settembre 2025

Simona Cacace
Presidente del Comitato Etico per la Ricerca di Ateneo
Coordinatrice dell'Osservatorio di Biodiritto
Dipartimento di Giurisprudenza
Università degli Studi di Brescia



Legge 22 dicembre 2017, n. 219

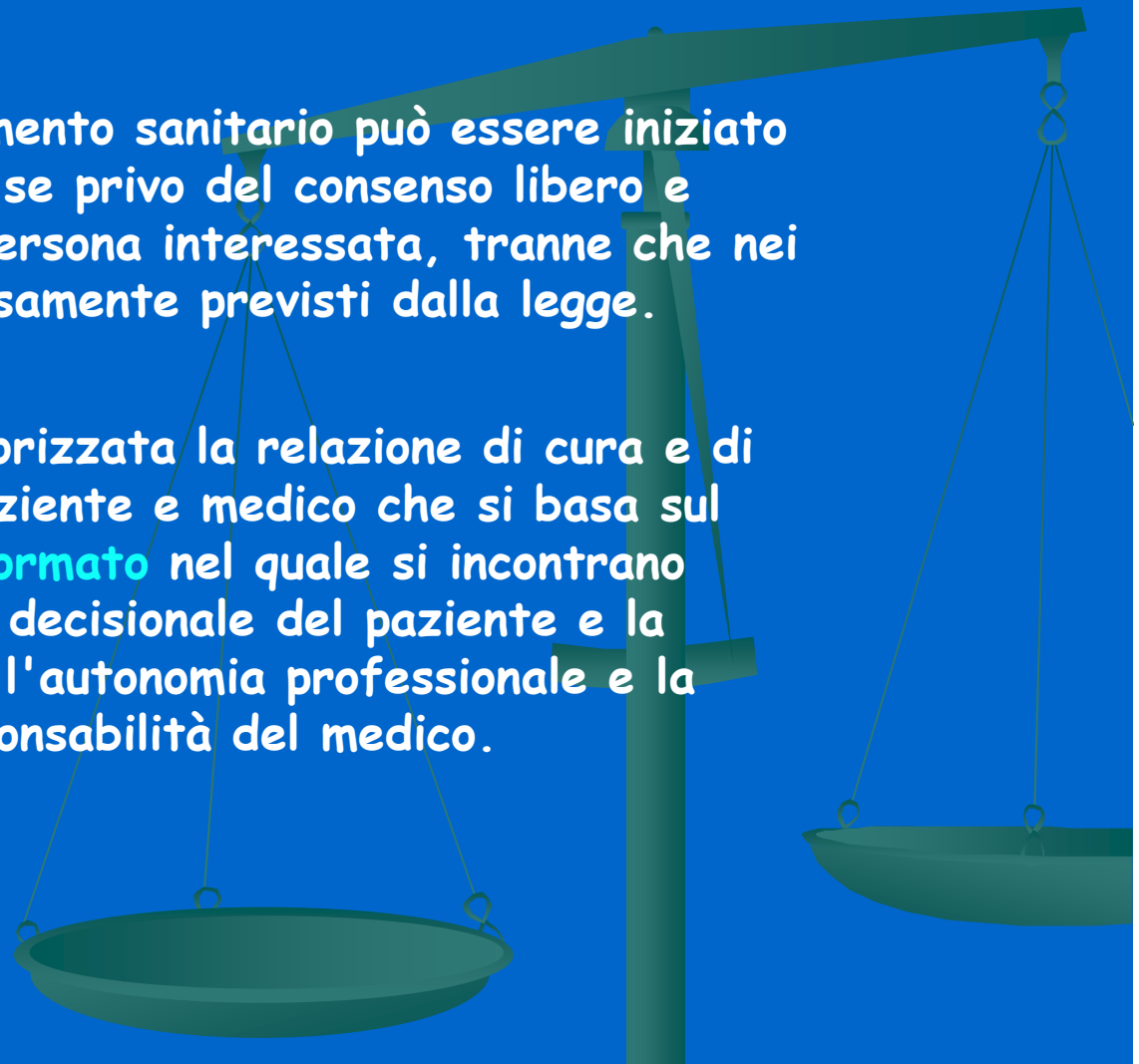
Norme in materia di
consenso informato e di
disposizioni anticipate di
trattamento



Art. 1, commi 1 e 2.

(...) Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul **consenso informato** nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

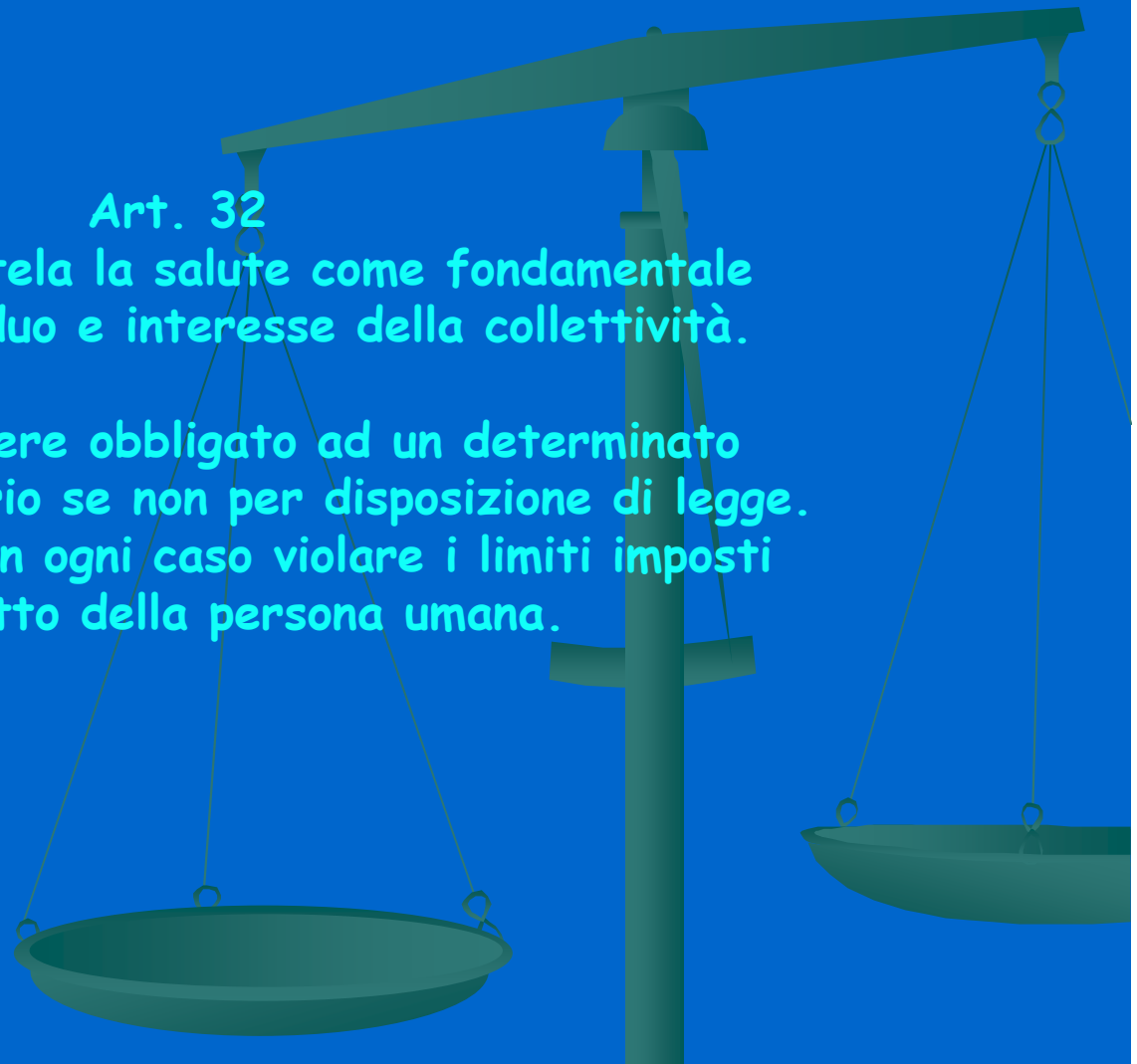


Costituzione italiana, 1948

Art. 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

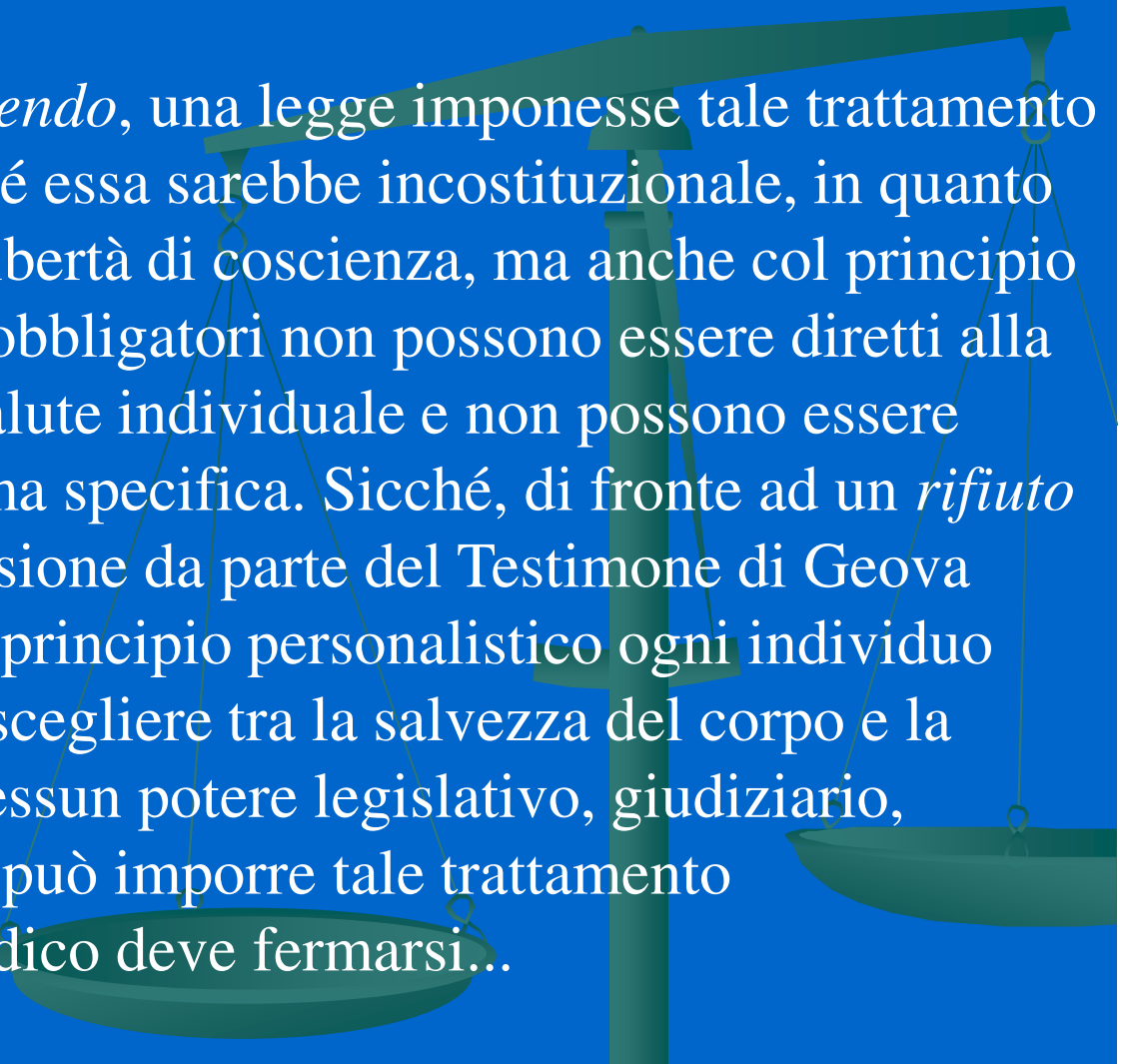
**Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.
La legge non può in ogni caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.**



E. MANTOVANI, IL PROBLEMA DELLA DISPONIBILITÀ DEL CORPO UMANO, 1992

ILLEGITTIMITÀ DELL'EMOTRASFUSIONE OBBLIGATORIA:

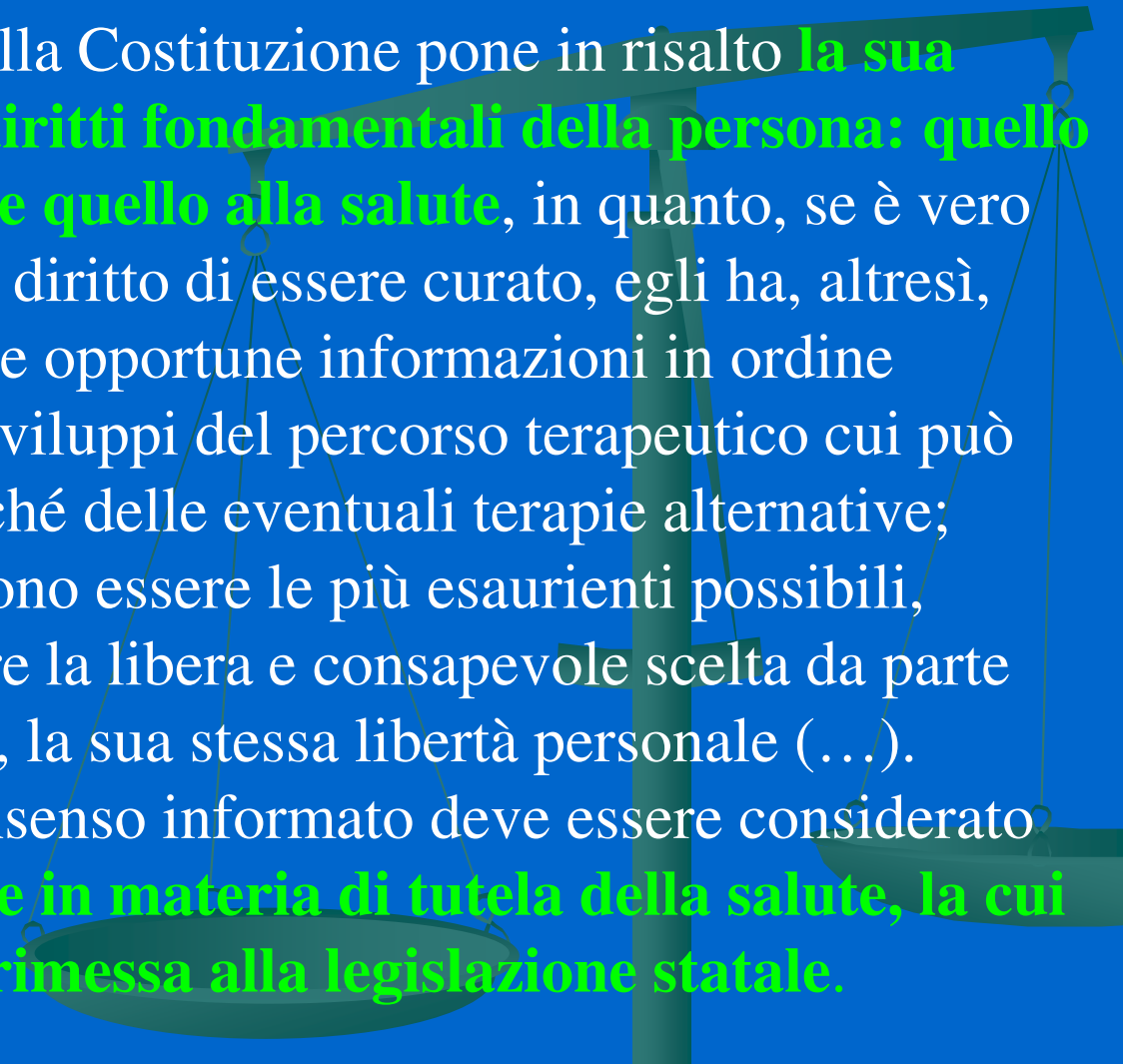
anche se domani, *de iure condendo*, una legge imponesse tale trattamento ai Testimoni di Geova, perché essa sarebbe incostituzionale, in quanto contrastante non solo con la libertà di coscienza, ma anche col principio per cui i trattamenti sanitari obbligatori non possono essere diretti alla salvaguardia della sola salute individuale e non possono essere coattivamente eseguiti in forma specifica. Sicché, di fronte ad un *rifiuto autentico* della emotrasfusione da parte del Testimone di Geova capace, avendo in base al principio personalistico ogni individuo il diritto di liberamente scegliere tra la salvezza del corpo e la salvezza dell'anima, nessun potere legislativo, giudiziario, amministrativo, può imporre tale trattamento e il medico deve fermarsi...



Corte costituzionale, 23 dicembre 2008, n. 438

La circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto **la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute**, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale (...).

Discende da ciò che il consenso informato deve essere considerato **un principio fondamentale in materia di tutela della salute, la cui conformazione è rimessa alla legislazione statale.**

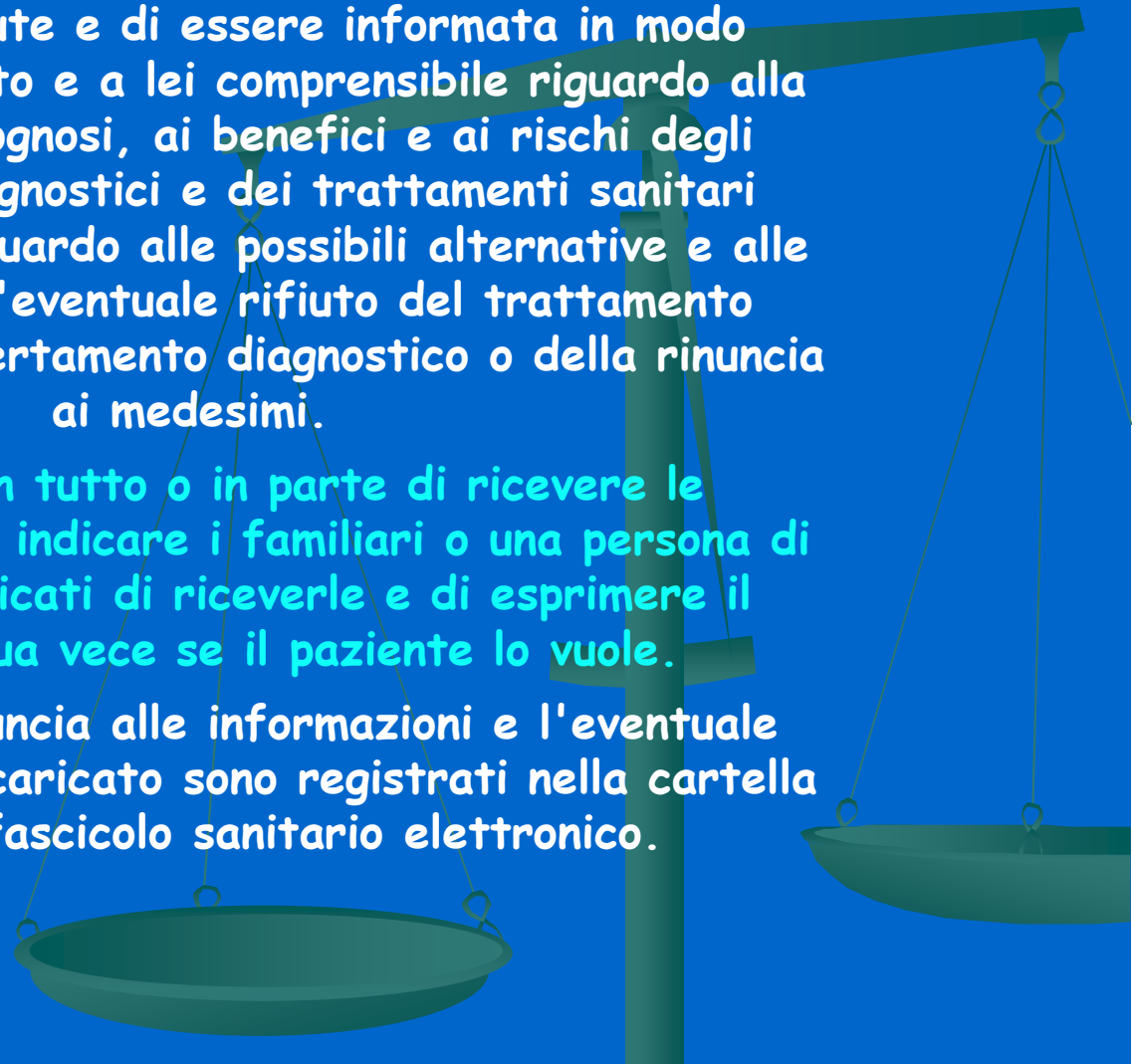


Art. 1, comma 3.

Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole.

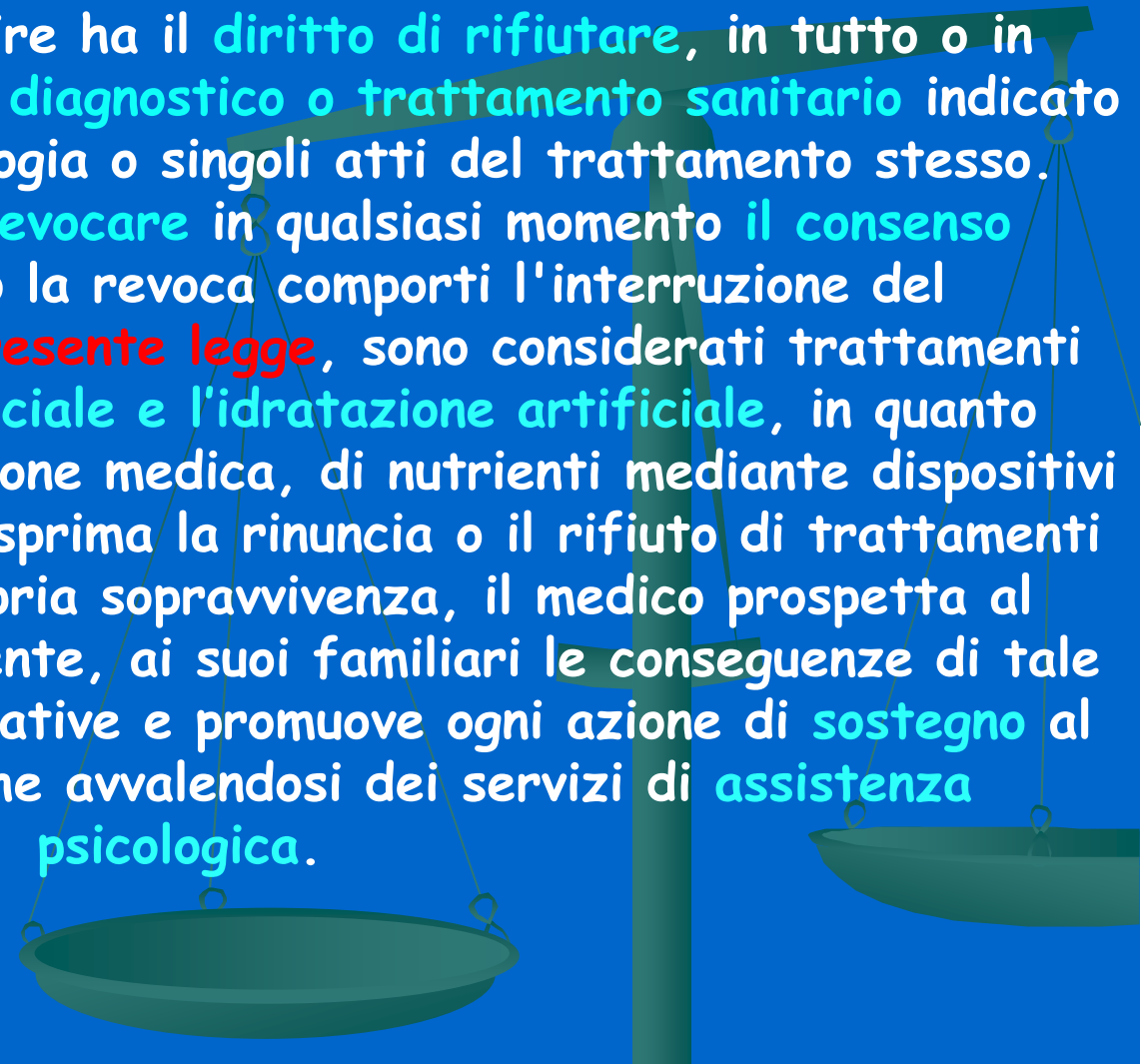
Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.



Art. 1, comma 5.

Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso.

Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. **Ai fini della presente legge**, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

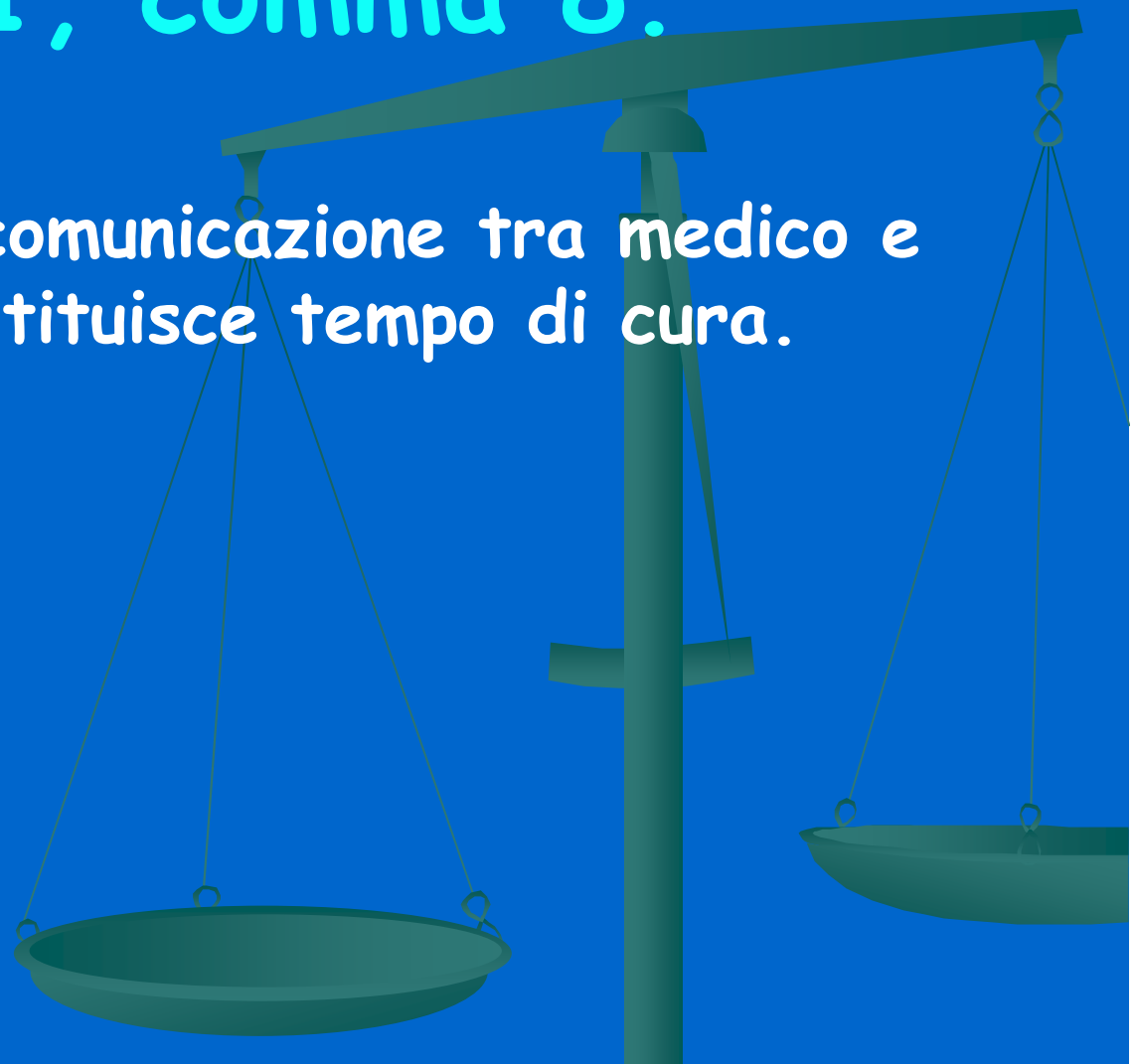


Eluana Englaro



Art. 1, comma 8.

Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.



Art. 1, comma 6.

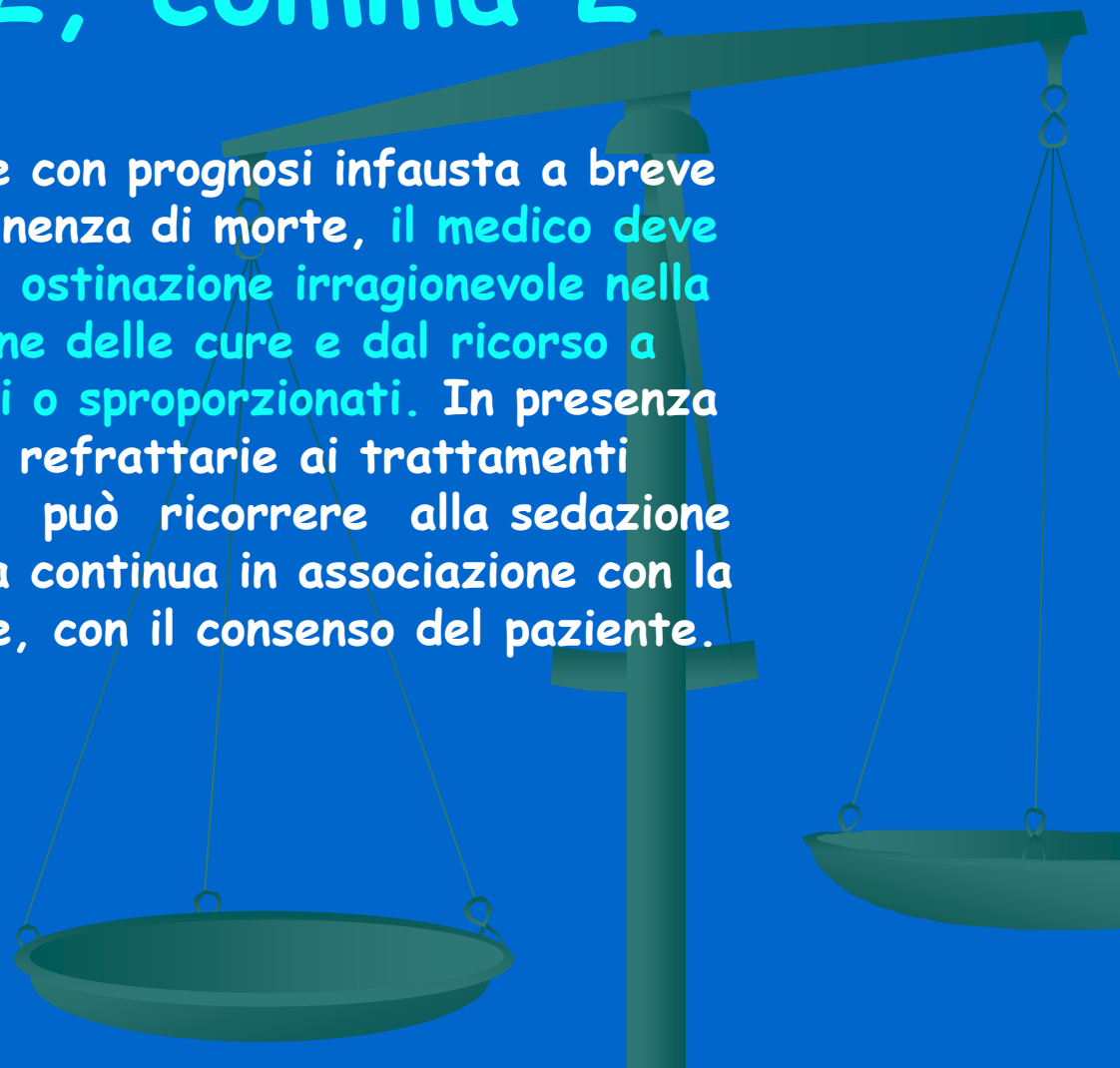
Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale.

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.



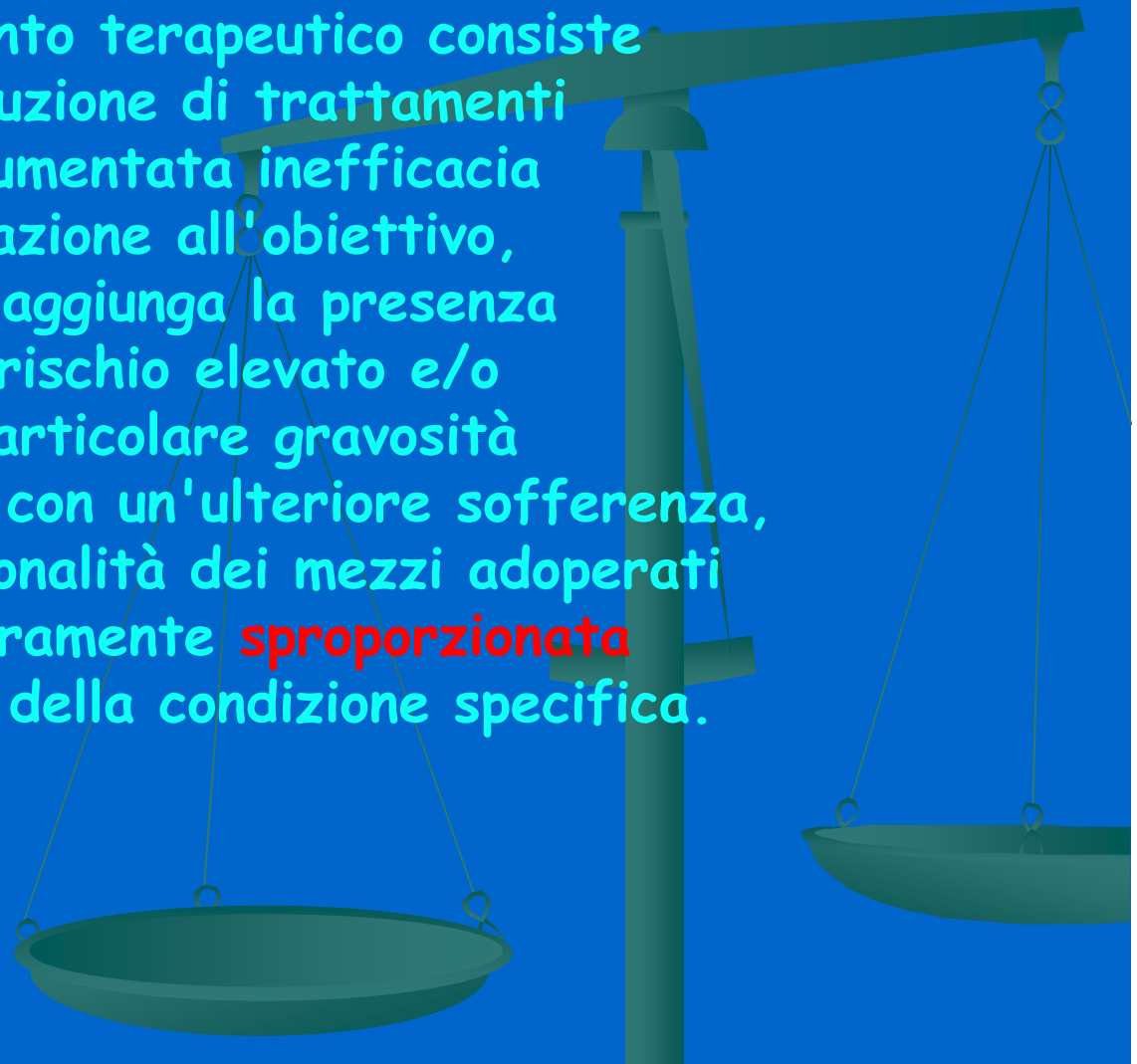
Art. 2, comma 2

Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.



Comitato Nazionale per la Bioetica, 1995

L'accanimento terapeutico consiste nell'esecuzione di trattamenti di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulti chiaramente **sproporzionata** agli obiettivi della condizione specifica.

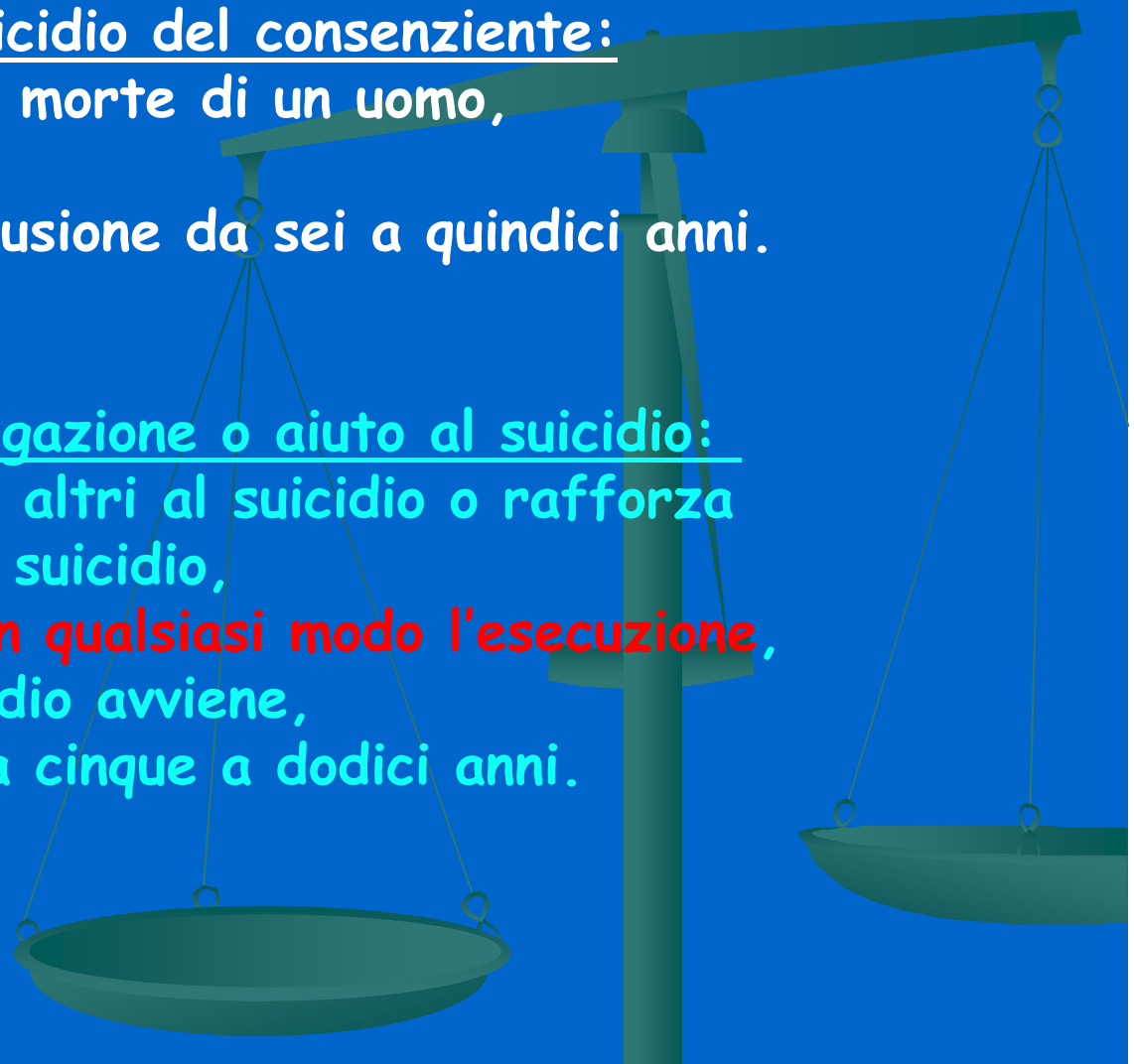


Art. 579 c.p., Omicidio del consenziente:

Chiunque cagiona la morte di un uomo,
col consenso di lui,
è punito con la reclusione da sei a quindici anni.

Art. 580 c.p., Istigazione o aiuto al suicidio:

Chiunque determina altri al suicidio o rafforza
l'altrui proposito di suicidio,
ovvero **ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione,**
è punito, se il suicidio avviene,
con la reclusione da cinque a dodici anni.



EUTANASIA:

il decesso è provocato tramite la somministrazione di farmaci
(morte cagionata direttamente ed attivamente da un medico)

SUICIDIO ASSISTITO:

atto autonomo di porre termine alla propria vita compiuto
da un malato terminale in presenza di
e/o con mezzi forniti da un medico

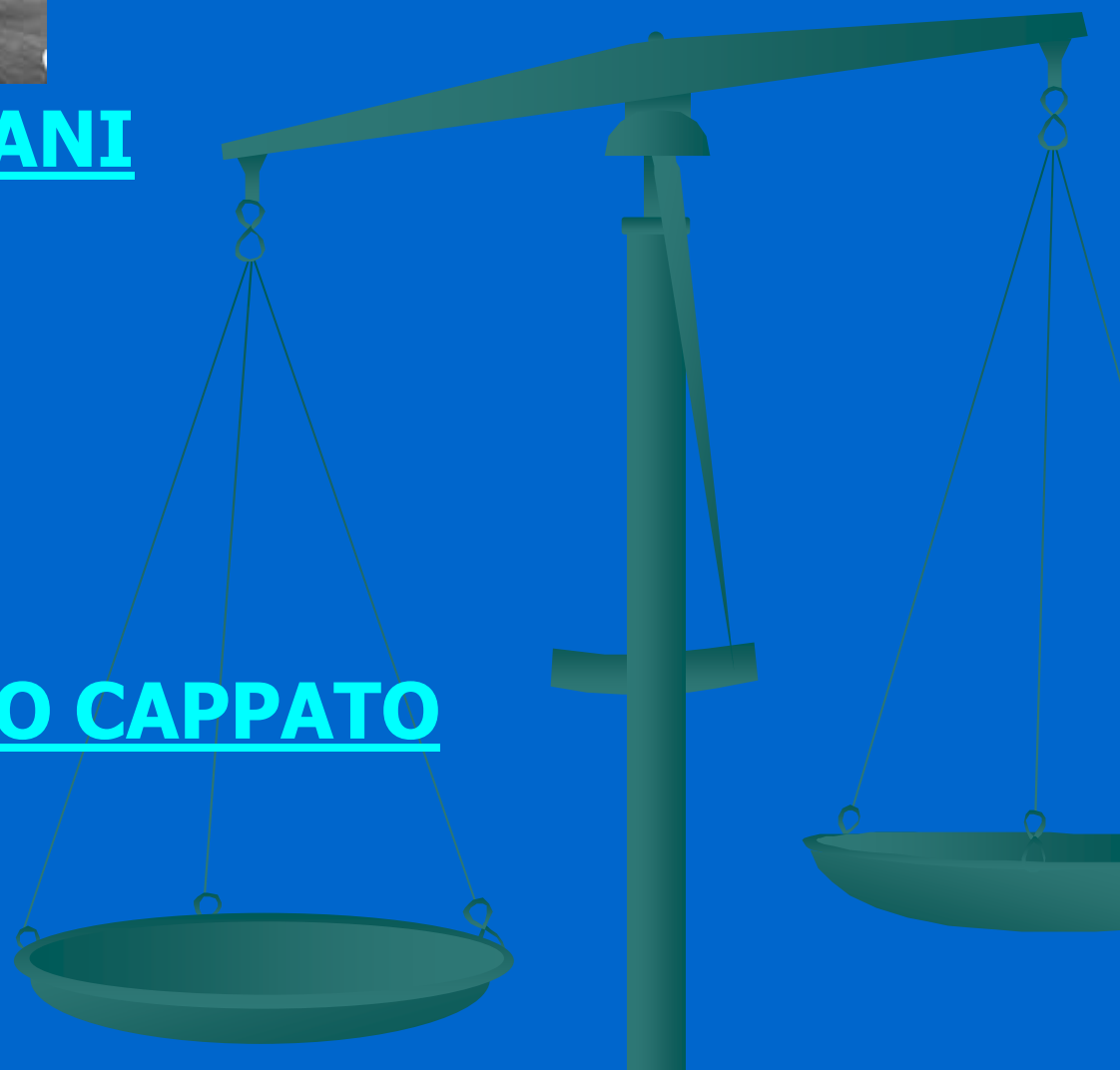




FABIANO ANTONIANI



MARCO CAPPATO



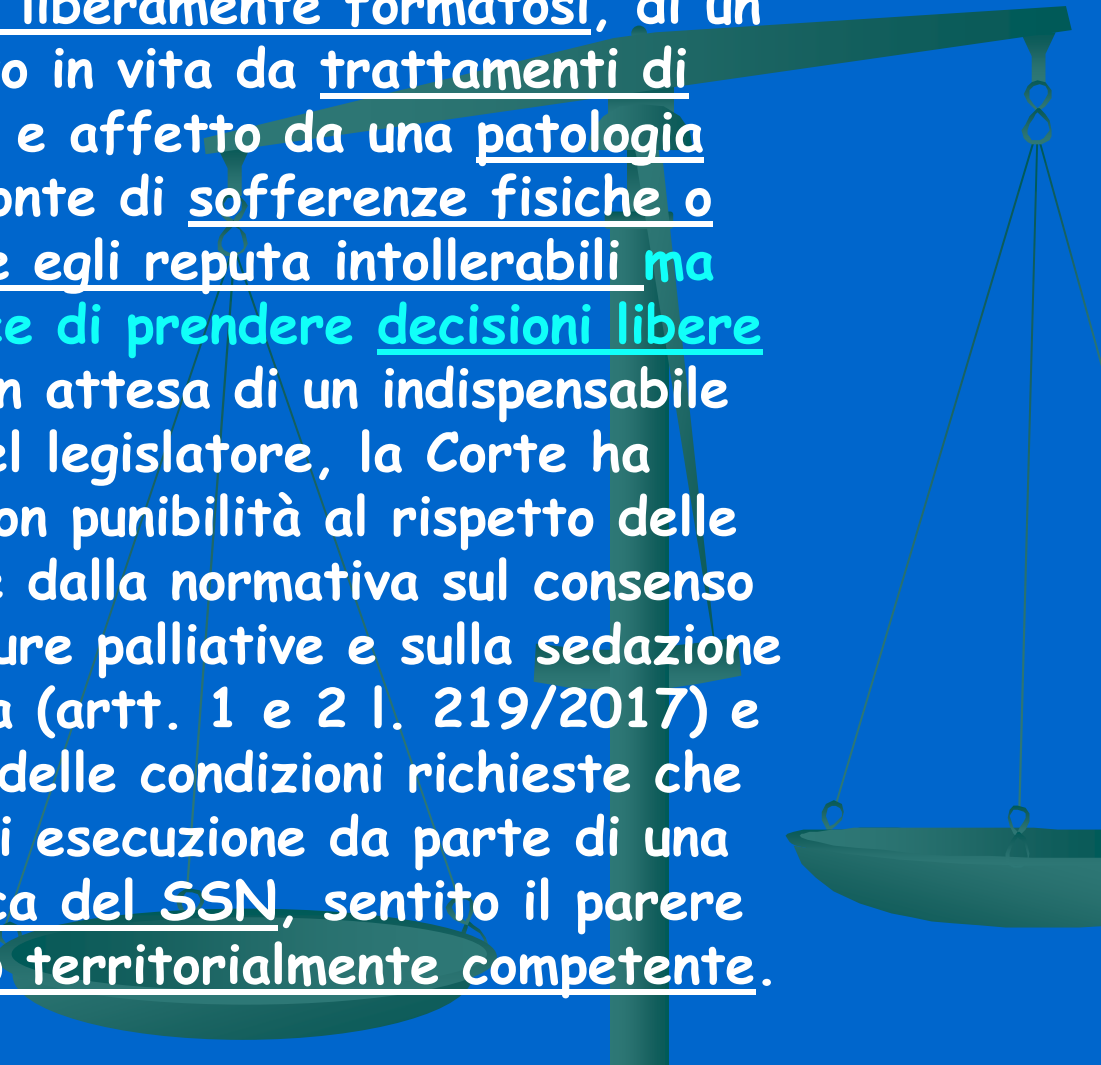
in Lombardia...



E in Toscana!

Corte cost., 24/09/2019, n. 242

non punibile ai sensi dell'art. 580 c.p., chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che egli reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. In attesa di un indispensabile intervento del legislatore, la Corte ha subordinato la non punibilità al rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua (artt. 1 e 2 l. 219/2017) e alla verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente.

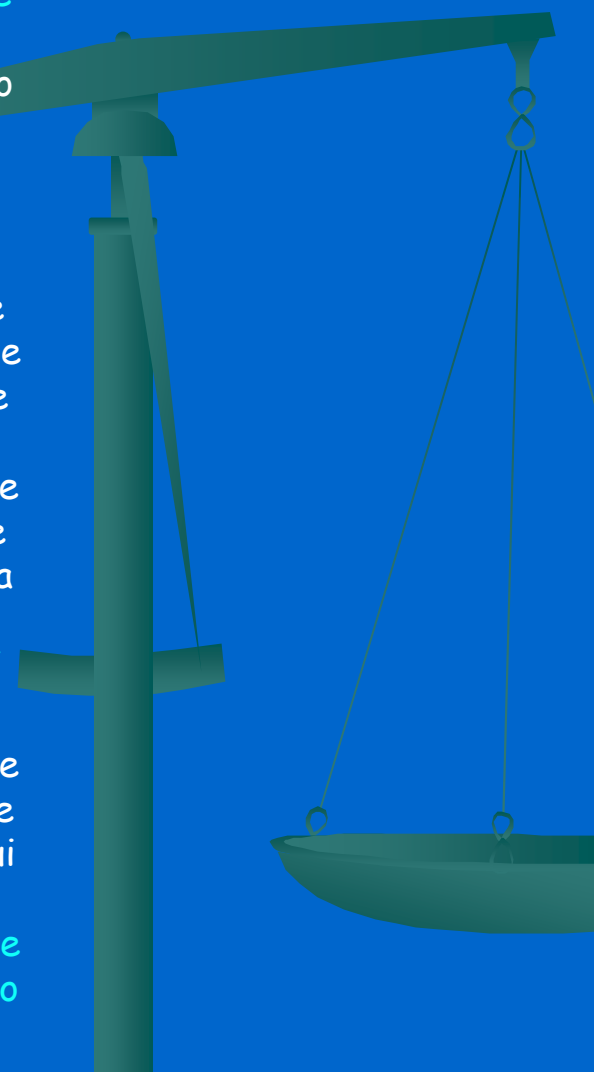


Corte cost., 24/09/2019, n. 242

La legislazione oggi in vigore (leggi n. 38 del 2010 e n. 219 del 2017) - per la quale il medico può, con il consenso del paziente, ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, per fronteggiare sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari - infatti, non consente al medico di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti a determinarne la morte. Entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce dunque per limitare

ingiustificatamente nonché irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita. Deve, infine, essere sottolineata l'esigenza di adottare opportune cautele affinché 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. Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire, infatti, un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente.

La verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare peraltro affidata - in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore - a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, cui spetterà altresì verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze.

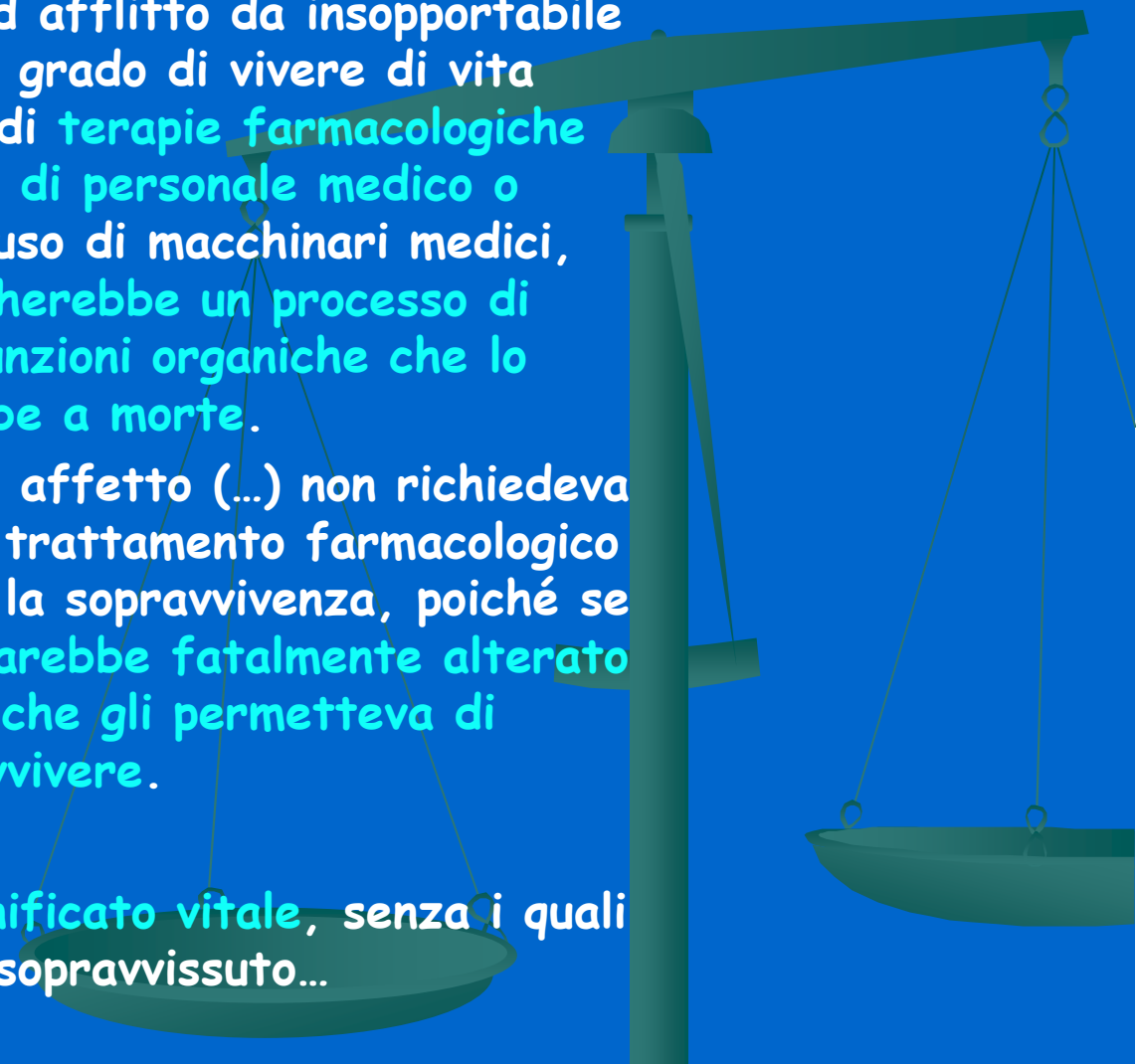


Corte di assise di appello di Genova, 20 maggio 2021 - CASO TRENTINI

Ha diritto ad interrompere i trattamenti sanitari chi, pienamente consapevole ed afflitto da insopportabile sofferenza, non sia in grado di vivere di vita autonoma, ma necessiti di terapie farmacologiche ovvero dell'assistenza di personale medico o paramedico oppure dell'uso di macchinari medici, senza i quali si innescherebbe un processo di indebolimento delle funzioni organiche che lo condurrebbe a morte.

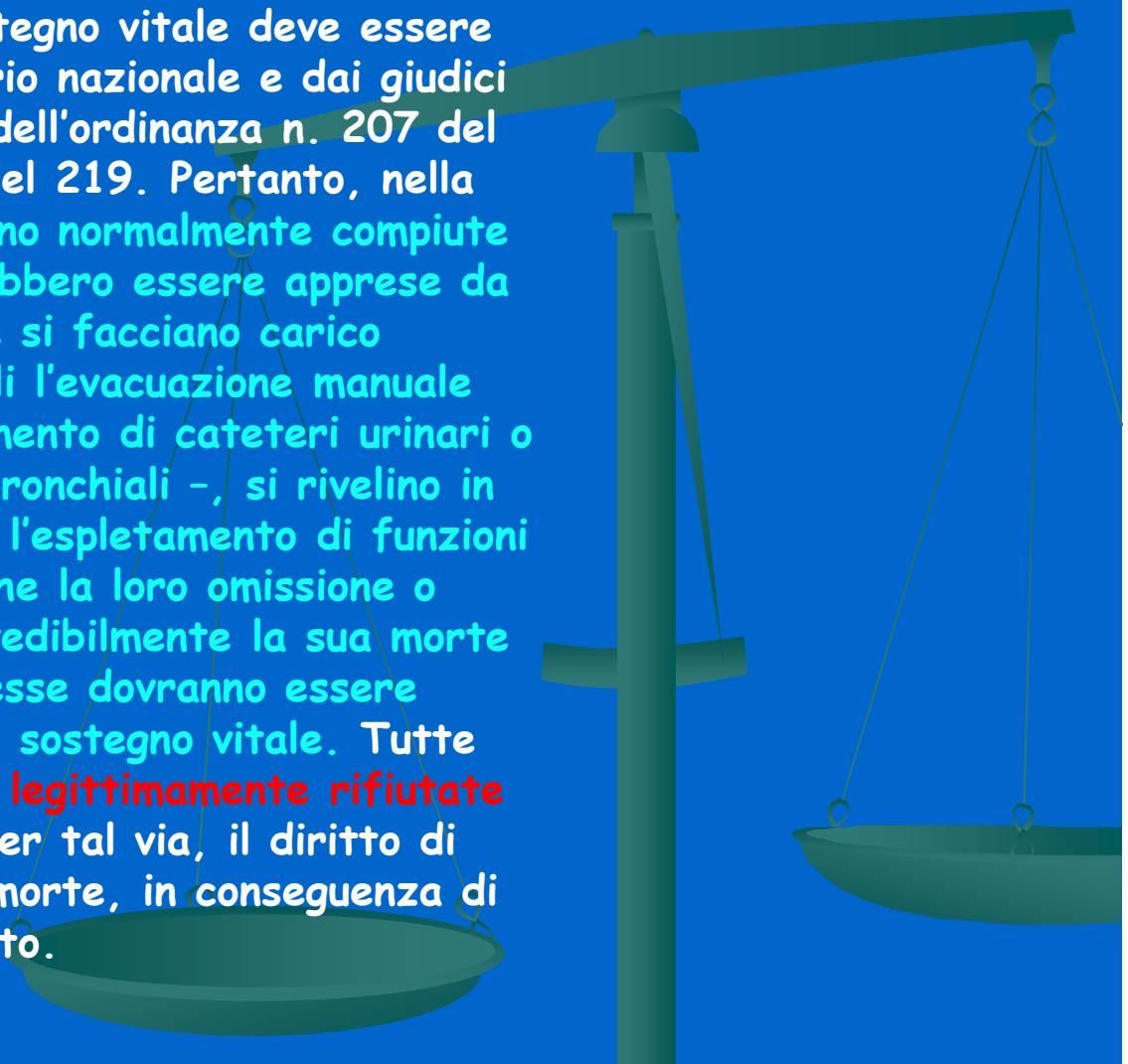
(...) La malattia da cui era affetto (...) non richiedeva il ricorso a macchinari, il trattamento farmacologico era per lui essenziale per la sopravvivenza, poiché se non lo avesse assunto si sarebbe fatalmente alterato il delicato equilibrio che gli permetteva di sopravvivere.

...assumeva farmaci di significato vitale, senza i quali non sarebbe sopravvissuto...



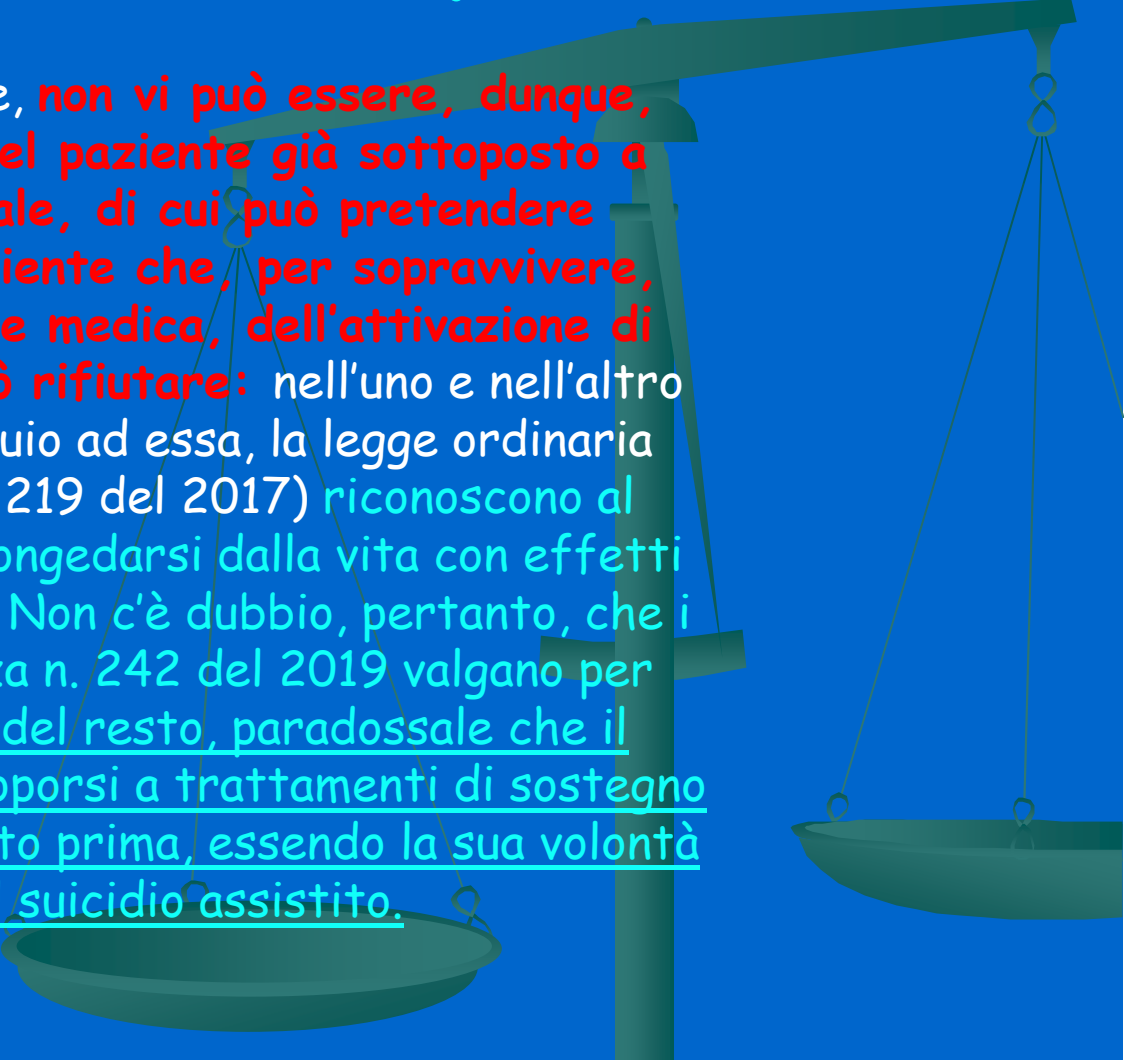
Corte cost., 24/07/2024, n. 135

La nozione di trattamenti di sostegno vitale deve essere interpretata, dal Servizio sanitario nazionale e dai giudici comuni, in conformità alla *ratio* dell'ordinanza n. 207 del 2018 e della sentenza n. 242 del 219. Pertanto, nella misura in cui le procedure che sono normalmente compiute da personale sanitario, che potrebbero essere apprese da familiari o "caregivers" che si facciano carico dell'assistenza del paziente quali l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali -, si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la sua morte in un breve lasso di tempo, esse dovranno essere considerate quali trattamenti di sostegno vitale. Tutte queste procedure possono essere **legittimamente rifiutate** dal paziente, il quale ha già, per tal via, il diritto di esporsi a un rischio prossimo di morte, in conseguenza di questo rifiuto.



Corte cost., 24/07/2024, n. 135

Dal punto di vista costituzionale, **non vi può essere, dunque, distinzione tra la situazione del paziente già sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, di cui può pretendere l'interruzione, e quella del paziente che, per sopravvivere, necessita, in base a valutazione medica, dell'attivazione di simili trattamenti, che però può rifiutare:** nell'uno e nell'altro caso, la Costituzione e, in ossequio ad essa, la legge ordinaria (art. 1, comma 5, della legge n. 219 del 2017) **riconoscono al malato il diritto di scegliere di congedarsi dalla vita con effetti vincolanti nei confronti dei terzi. Non c'è dubbio, pertanto, che i principi affermati nella sentenza n. 242 del 2019 valgano per entrambe le ipotesi. Sarebbe, del resto, paradossale che il paziente debba accettare di sottoporsi a trattamenti di sostegno vitale solo per interromperli quanto prima, essendo la sua volontà quella di accedere al suicidio assistito.**

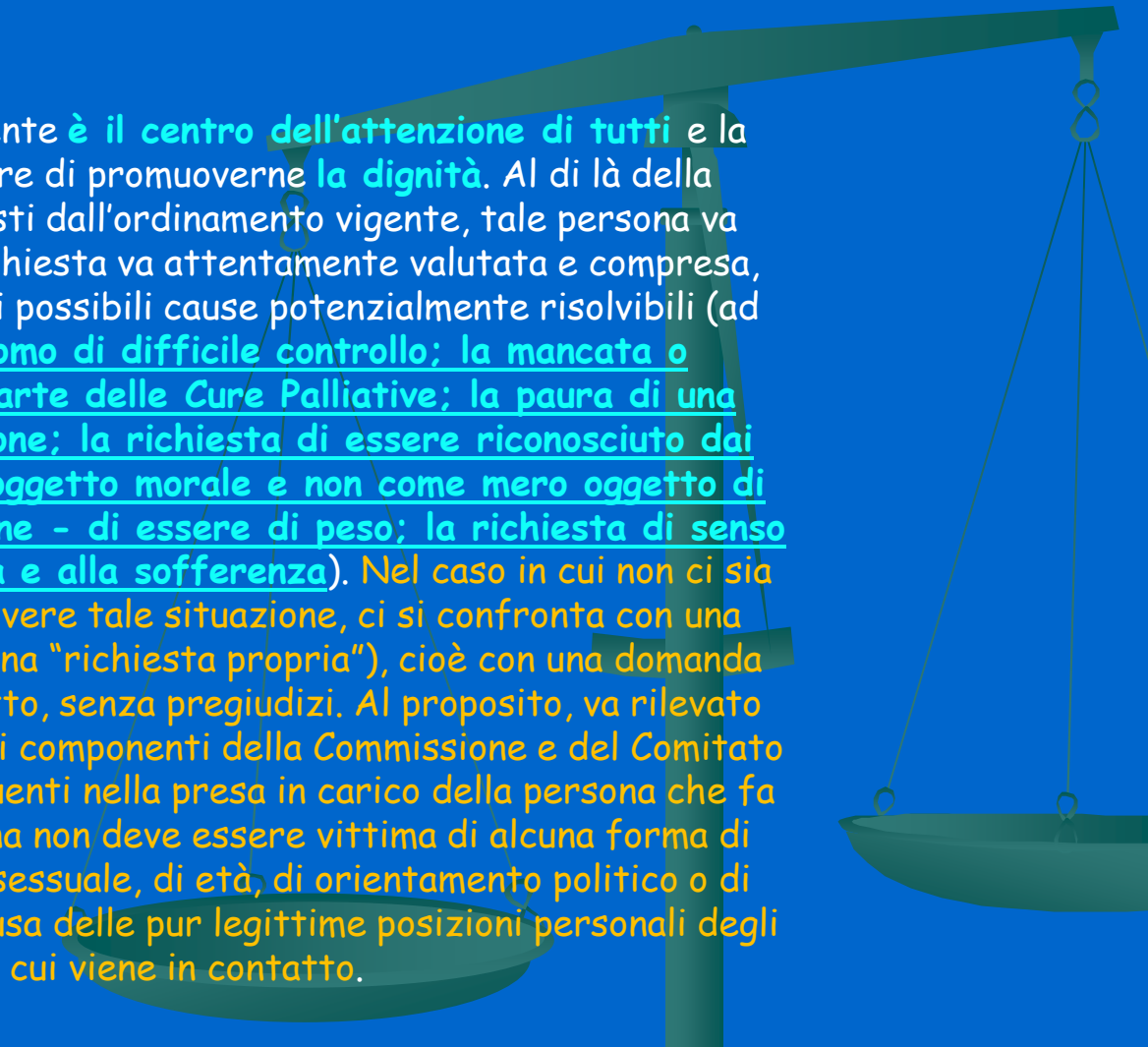


LE RACCOMANDAZIONI DEL DIRITTO GENTILE

La richiesta di aiuto medico a morire: raccomandazioni sul ruolo dei comitati etici e delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale

30 settembre 2024

In questo senso, la persona richiedente è il **centro dell'attenzione di tutti** e la preoccupazione comune deve essere di promuoverne **la dignità**. Al di là della presenza o meno dei requisiti previsti dall'ordinamento vigente, tale persona va anzitutto **accolta e ascoltata**. La richiesta va attentamente valutata e compresa, allo scopo di escludere la presenza di possibili cause potenzialmente risolvibili (ad esempio: la presenza di un sintomo di difficile controllo; la mancata o insufficiente presa in carico da parte delle Cure Palliative; la paura di una situazione futura di difficile gestione; la richiesta di essere riconosciuto dai curanti come persona, cioè come soggetto morale e non come mero oggetto di cura; la paura - o la netta sensazione - di essere di peso; la richiesta di senso di fronte alla perdita dell'autonomia e alla sofferenza). Nel caso in cui non ci sia una risposta efficace, idonea a risolvere tale situazione, ci si confronta con una autentica richiesta di morire (ossia una "richiesta propria"), cioè con una domanda da accogliere con attenzione e rispetto, senza pregiudizi. Al proposito, va rilevato come le posizioni personali e morali dei componenti della Commissione e del Comitato etico debbano essere del tutto ininfluenti nella presa in carico della persona che fa richiesta di aiuto a morire: la persona non deve essere vittima di alcuna forma di discriminazione (razziale, religiosa, sessuale, di età, di orientamento politico o di qualsiasi altro genere), nemmeno a causa delle pur legittime posizioni personali degli operatori con cui viene in contatto.



LE RACCOMANDAZIONI DEL DIRITTO GENTILE

La richiesta di aiuto medico a morire: raccomandazioni sul ruolo dei comitati etici e delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale

30 settembre 2024

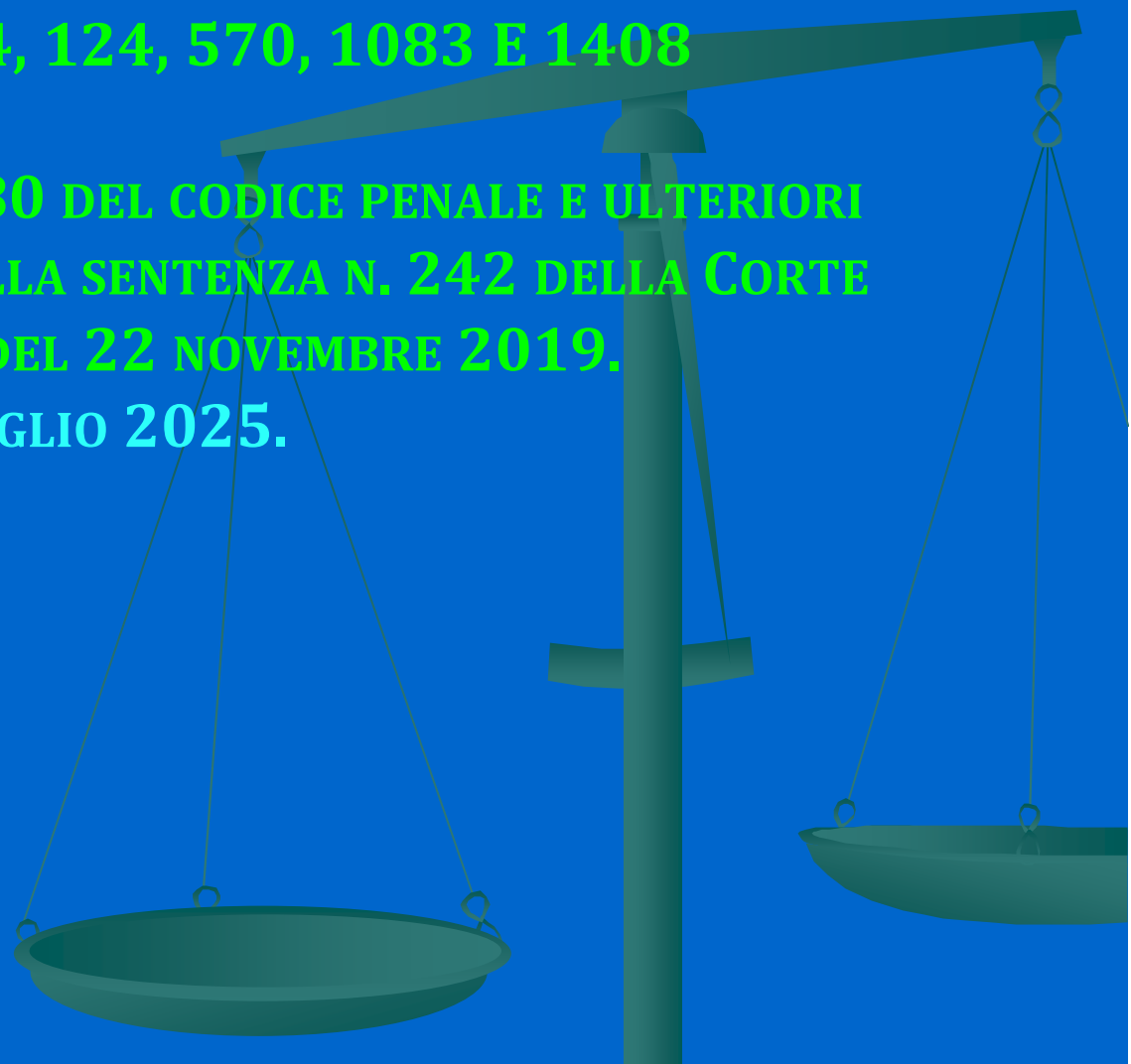


Con l'espressione "richiesta propria" ci si riferisce alla domanda di aiuto medico a morire formulata da una persona malata che vuole portare a compimento in un tempo più breve il suo percorso di malattia e non trova nell'offerta o nella pratica di altre cure (comprese le cure palliative) una adeguata risposta alla sua sofferenza. Con l'espressione "richiesta impropria" intendiamo, viceversa, fare riferimento alla domanda di aiuto medico a morire formulata da una persona malata che richiede tale procedura a causa di sofferenze potenzialmente trattabili da cure (soprattutto di tipo palliativo) che non sono state adeguatamente offerte o correttamente praticate. In tal caso, è indispensabile offrirle e, se accettate dalla persona malata, praticarle per garantire un adeguato processo di cura e procedere contestualmente alla verifica della sussistenza della volontà di intraprendere un percorso di morte medicalmente assistita. La natura propria o impropria della richiesta è pertanto definibile solo dopo un'accurata esplorazione delle caratteristiche della sofferenza della persona e delle sue persistenti volontà.

**TESTO UNIFICATO ADOTTATO DALLE COMMISSIONI
RIUNITE PER I DISEGNI DI
LEGGE NN. 65, 104, 124, 570, 1083 E 1408**

**MODIFICA ALL'ARTICOLO 580 DEL CODICE PENALE E ULTERIORI
DISPOSIZIONI ESECUTIVE DELLA SENTENZA N. 242 DELLA CORTE
COSTITUZIONALE DEL 22 NOVEMBRE 2019.**

2 LUGLIO 2025.



Corte cost., 20 maggio 2025, n. 66

Laddove invece il paziente decida di rifiutare trattamenti (terapeutici o palliativi) che non possono essere considerati «necessar[i] ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente» - in quanto l'omissione o interruzione degli stessi non «determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo» - la diversità di disciplina rispetto ai pazienti che hanno accesso al suicidio assistito dovrà essere considerata **non irragionevole**. In assenza di un trattamento di sostegno vitale in atto, o almeno di un'indicazione medica relativa alla necessità di attivare un simile trattamento, il paziente non si trova ancora nella condizione di poter optare per la propria morte sulla base della legge n. 219 del 2017, rifiutando (rispettivamente) la prosecuzione o la stessa attivazione di un tale trattamento. Pertanto, la sua situazione non è assimilabile a quella di un paziente la cui vita dipenda, ormai, dal trattamento in questione; il che rende costituzionalmente non censurabile, al metro dell'art. 3 Cost., la diversa disciplina prevista per le due ipotesi.

Appare, peraltro, anche in questa occasione opportuno ribadire il carattere essenziale che rivestono i requisiti e le condizioni procedurali per la non punibilità dell'aiuto al suicidio cui ha fatto riferimento la giurisprudenza di questa Corte. Essi, nella perdurante assenza di una legislazione che disciplini la materia, sono funzionali a creare **una "cintura di protezione" per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio assistito «subiscano interferenze di ogni genere»**. Anche nel contesto del pluralismo etico che caratterizza una democrazia liberale, solo «una concezione astratta dell'autonomia individuale» del soggetto, nel senso etimologico di *abs-tractus* (ovvero tratto fuori, in forza di una visione individualistica assoluta, dal contesto sociale), può rivelarsi insensibile a questa preoccupazione: se l'autodeterminazione, infatti, è costretta o comunque condizionata dalle circostanze, allora non è più tale. È proprio la tutela della libertà di autodeterminazione a giustificarne, innanzitutto affinché sia genuina e responsabile, **il bilanciamento** con il dovere dello Stato di tutela della vita, la quale «si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona»: «[q]uando viene in rilievo il bene della vita umana, dunque, la libertà di autodeterminazione non può mai **prevalere incondizionatamente** sulle ragioni di tutela del medesimo bene, risultando, al contrario, sempre costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima»).

Corte cost., 20 maggio 2025, n. 66

Si tratta dunque di una prospettiva radicalmente diversa da quella che animava la ratio originaria della punizione dell'aiuto al suicidio prevista dall'art. 580 cod. pen., rivolta a «tutelare la vita umana intesa come **bene indisponibile**, anche in funzione dell'interesse che la collettività riponeva nella conservazione della vita dei propri cittadini» (ordinanza n. 207 del 2018, punto 6 del Considerato in diritto). Dal principio personalista di cui all'art. 2 Cost. non si ricava quindi **il dovere di vivere** cui si rifaceva l'originaria ratio dell'art. 580 cod. pen., bensì, rovesciando la prospettiva, **il preciso «dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo»** (ordinanza n. 207 del 2018, punto 5 del Considerato in diritto).

Il primo livello attiene alla necessità di prevenire il pericolo di abusi a danno delle persone deboli e vulnerabili, perché in situazioni di fragilità e sofferenza la scelta di porre fine alla propria vita potrebbe essere indotta o sollecitata da terze persone, per le ragioni più diverse. Bisogna considerare, infatti, la situazione 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, magari per ragioni di personale tornaconto, all'esecuzione di una loro scelta suicidaria (ordinanza n. 207 del 2018, punto 6 del Considerato in diritto). Non marginale è poi il rischio che la richiesta di accesso al suicidio assistito costituisca una scelta non sufficientemente meditata, come ha recentemente rilevato la Corte EDU (sentenza Karsai, paragrafo 151), sottolineando altresì come l'accertamento della genuinità della richiesta del paziente divenga particolarmente difficoltoso in determinate situazioni cliniche, come nelle patologie neurodegenerative. Sono quindi le esigenze di tutela delle persone deboli e vulnerabili che danno rilievo alle precise condizioni procedurali costantemente ribadite da questa Corte (sentenze n. 135 del 2024 e n. 242 del 2019, ordinanza n. 207 del 2018). La «procedura medicalizzata», di cui all'art. 1 della legge n. 219 del 2017, è infatti funzionale a garantire che l'accesso al suicidio assistito avvenga nell'ambito di una seria assistenza medica; in sua assenza la patologia non può essere inquadrata in modo adeguato e la prospettiva della morte come unica via di uscita potrebbe essere frutto di un irrimediabile abbaglio.

Corte cost., 20 maggio 2025, n. 66

In un contesto storico caratterizzato da tensioni sull'allocazione delle risorse pubbliche, il cosiddetto “diritto di morire” rivendicato in alcune circostanze potrebbe essere paradossalmente percepito dal malato come un “dovere di morire” per non “essere di peso”, con un grave abbassamento della sensibilità morale collettiva che tutela le persone più fragili, spesso, peraltro, “invisibili”. Tale scivolamento colliderebbe frontalmente con il principio personalista che anima la Costituzione italiana. Da questo principio deriva, invece, il dovere della Repubblica di rispondere all'appello che sgorga dalla fragilità, in modo che una persona malata possa avvertire la solidarietà attorno a sé non a tratti, non a prolungate intermittenze, ma in via continuativa, attraverso un percorso di effettiva presa in carico da parte del sistema sanitario e sociale. Diventa quindi cruciale garantire adeguate forme di sostegno sociale, di assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare continuativa, perché la presenza o meno di queste forme di assistenza condiziona le scelte della persona malata e può costituire lo spartiacque tra la scelta di vita e la richiesta di morte. È inoltre rilevante mettere a disposizione delle persone con malattie inguaribili tutti gli strumenti tecnologici e informatici che permettono loro di superare l'isolamento e ampliare la possibilità di comunicazione e interazione con gli altri. Al tempo stesso non può essere trascurato il “prendersi cura” anche di coloro che, nelle famiglie o all'interno delle relazioni affettive, assistono i pazienti in situazioni particolarmente difficili e per lunghi periodi.

Corte cost., 25 luglio 2025, n. 132

L'ordinanza di rimessione si esprime sul punto con esclusivo richiamo all'interlocuzione intercorsa con l'Azienda Usl Toscana Nord Ovest, la quale, tramite l'ente regionale di supporto tecnico-amministrativo, avrebbe constatato che «tali dispositivi non sono presenti sul mercato», riferendo che, di conseguenza, si è «pubblicato un avviso di consultazione di mercato, finalizzata a individuare potenziali fornitori, in modo da poter individuare un percorso di acquisto il più possibile confacente alle necessità espresse».

Tale esposizione appare carente e inadeguata, proprio su un aspetto che lo stesso rimettente presenta come essenziale alla definizione della fattispecie, ovvero – così nella formulazione del *petitum* – «l'assenza di strumentazione idonea».

(...) Le verifiche concernenti l'esistenza della strumentazione idonea e, in caso affermativo, la concreta disponibilità della stessa avrebbero richiesto il coinvolgimento di organismi specializzati operanti, col necessario grado di autorevolezza, a livello centrale, come, quanto meno, l'Istituto superiore di sanità (...).

Il mancato approfondimento, per quanto risulta dall'ordinanza di rimessione, in ordine alla reperibilità di strumenti di autosomministrazione per persone con tetraparesi, oltre a rendere inammissibili le questioni in scrutinio, rischia altresì di ledere l'autodeterminazione di M. S., la quale, ove tali dispositivi esistessero, e potessero essere reperiti in tempi ragionevolmente correlati al suo stato di sofferenza, **avrebbe diritto ad avvalersene**.

Deve infatti affermarsi che la persona rispetto alla quale sia stata positivamente verificata, nelle dovute forme procedurali, la sussistenza di tutte le condizioni da questa Corte indicate nella sentenza n. 242 del 2019 **ha una situazione soggettiva tutelata, quale consequenziale proiezione della sua libertà di autodeterminazione**, e segnatamente **ha diritto di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito, diritto che, secondo i principi che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l'ausilio nel relativo impiego**.

Qualora da rinnovata e più estesa istruttoria emergesse la reperibilità, nei tempi ragionevoli sopra indicati, di strumenti di autosomministrazione della sostanza capace di porre fine alla vita attivabili da persone nello stato clinico di M. S., e qualora essi risultassero utilizzabili, nelle condizioni date, il Servizio sanitario nazionale dovrà prontamente acquisirli e metterli a disposizione del paziente che sia stato ammesso alla procedura di suicidio medicalmente assistito.