



ANIPIO

SOCIETÀ SCIENTIFICA NAZIONALE
INFIERMIERI SPECIALISTI
DEL RISCHIO INFETTIVO

2020 anno internazionale dell'infermiere



01 clinica

02 ricerca

03 formazione

04 rete

Orientamenti

n. 2/2020

Periodico di informazione a cura
della Società Scientifica Nazionale
Infermieri specialisti nel rischio infettivo

In questo numero

- ◆ *In primo piano.* La responsabilità professionale sanitaria in epoca pandemica
- ◆ *Letto per voi.* Isolato o non isolato: questo è il dilemma
- ◆ *Focus.* Comunicazione e Covid-19
- ◆ Gestione dell'infezione da COVID-19 nei paesi extracomunitari
- ◆ Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali in terapia intensiva: uno studio etnografico
- ◆ Infection Control: l'esperienza della Nave Ospedale, GNV Splendid, a Genova
- ◆ *Pillole di storia.* La scoperta dei guanti

COMITATO DI REDAZIONE

DIRETTORE: MARIA MONGARDI

COMITATO DI REDAZIONE: ROSARIA PALERMO (VICE-DIRETTORE)

DANIELA BENDANTI

ERMAN LORENZIN

TIZIANA LAZZAROTTO

ILARIA CAMPAGNA

MAURO PICCIRILLO

SILVIA GONELLA

CARLO TASCINI

COORDINAMENTO (EDITING E IMPAGINAZIONE): BARBARA PALTRINIERI

ORIENTAMENTI N.2 – OTTOBRE 2020

© ANIPIO 2020. Tutti i diritti riservati.

La riproduzione, in parte o totale, o la traduzione di questo documento sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali.

Disponibile on line all'indirizzo: <http://www.anipio.it>

Sommario

Editoriale	4
Letto per voi	
• Covid-19 e comunicazione: una prospettiva qualitativa - <i>A cura di Gonella S.</i>	5
• Isolato o non isolato: questo è il dilemma - <i>A cura di Lorenzin E.</i>	
Focus	13
• Comunicazione e Covid-19 - <i>Campagna I.</i>	
In Primo Piano	
• La responsabilità professionale sanitaria in epoca pandemica - <i>De Palma A.</i>	15
Studi	
• Gestione dell'infezione da COVID-19 nei paesi extracomunitari - <i>Marino S.</i>	
• Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali in terapia intensiva: uno studio etnografico - <i>Cappelli E.</i>	20
Esperienze	
• Infection Control: l'esperienza della Nave Ospedale, GNV Splendid, a Genova - <i>Adriano G, Zsirai E, Tiso D, Cevasco I</i>	40
Pillole di storia	
• La "scoperta" dei guanti - <i>Palermo R</i>	43

Editoriale

A cura di **Maria Mongardi**, presidente ANIPIO

Questo è il secondo numero della nostra rivista che rimarrà nella triste storia della pandemia da coronavirus: la prevalenza degli articoli parlano di COVID-19 e della difficile realtà che ogni giorno ci troviamo ad affrontare. Purtroppo la pandemia non desiste e per dirla con le parole di Edgard Morin, filosofo e sociologo francese, ci sta portando importanti lezioni di vita. Nel suo libro "Le 15 Lezioni del Coronavirus- Cambiamo Strada" si parla dell'incertezza con la quale conviviamo: incertezza che riguarda la scienza, le evidenze scientifiche, ma anche incertezza nella risposta ai bisogni di cura delle persone contagiate.

ANIPIO sta cercando, con tutte le forze a disposizione, di mettere in campo azioni di informazione-formazione a supporto di tutti gli operatori e i cittadini attraverso l'organizzazione di videoconferenze su varie tematiche e portando il proprio contributo e la propria esperienza sul rischio infettivo in tavoli di lavoro al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità.

Un'altra importante iniziativa di ANIPIO è il lancio, proprio nel mese di novembre, della ricerca nazionale "ISRI e COVID": solo la ricerca potrà guidare l'assistenza verso quella conoscenza e quella competenza che ci condurrà a un deciso miglioramento della situazione attuale.

L'invito è non solo rivolto al grandissimo impegno attuale, ma a rivolgere anche un pensiero oltre, al prossimo futuro e alle numerose sfide che ci attendono nel post COVID e a come possiamo cambiare strada facendo tesoro delle lezioni di queste settimane.

E su questo fronte, un primo risultato ANIPIO l'ha già incontrato. Questa pandemia ha reso più solida la nostra rete nazionale e l'auspicio è che aumenti in modo capillare: la potenza di fare networking per la crescita professionale è grande in termini umani, personali e professionali.

Venendo poi a questo nuovo numero di Orientamenti, trovate alcuni lavori tratti dalla più recente letteratura scientifica "Letti per Voi", un focus sulla responsabilità professionale e il ruolo della comunicazione ai tempi del COVID, uno studio etnografico sulle ICA in una terapia intensiva e una esperienza di controllo del COVID in una nave-ospedale a Genova, solo per citarne alcuni.

Continuate a seguire le nostre iniziative, vi saluto con affetto e grande stima per l'impegno profuso.

Buona lettura

La responsabilità professionale sanitaria in epoca pandemica

A cura di De Palma A.¹

¹ *Direttore dell'Unità Operativa di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e Responsabile dell'Area Sicurezza delle Cure*

Da molti anni si è generato un clima di sfiducia reciproca fra i cittadini e gli operatori sanitari, per cui i primi sono stati e sono indotti a reclamare per presunta malpractice ogniqualvolta l'evoluzione della malattia o il trattamento ricevuto non corrispondano alle aspettative e i secondi a considerare i pazienti-utenti spesso come potenziali "accusatori".

Da tempo, pertanto, si sente in sanità l'esigenza di riorientare le Organizzazioni verso una nuova cultura, che dovrebbe radicarsi nei professionisti fin dall'inizio del corso di studi universitari, valorizzando la responsabilità nella sua accezione positiva, vale a dire dell'essere responsabili del processo di cura dei pazienti.

L'autonomia nelle scelte tecnico-professionali e l'attribuzione delle connesse responsabilità, concorrono, dunque, a definire quella posizione di garanzia che lo Stato riconosce ai professionisti sanitari nell'ambito delle specifiche competenze definite dai percorsi formativi, dai profili professionali e dalle funzioni attribuite e svolte.

In tale complesso contesto è inevitabile passare ad esaminare anche gli aspetti per così dire "negativi" della responsabilità, quelli che conducono all'errore a cui può conseguire un danno alla persona in cura.

L'errore riveste un ruolo importante nella ricerca scientifica e quindi anche in quella biomedica, ma è difficile accettare l'applicazione di tale principio alla Medicina clinica, posto che la persona interessata vede la "sua" totalità in quanto si verifica e non riesce ad accettare, talora, nemmeno le vere complicanze, quelle veramente imprevedibili e inevitabili (basti pensare ad una cospicua quota d'infezioni), soprattutto se non vi è stata preliminarmente una buona informazione e un'adesione consapevole alle cure, avendo ben chiaro il rapporto rischi-benefici e costi-benefici (dove i costi sono anche quelli in termini di sofferenza), nonché le possibili alternative di trattamento.

Inoltre, in Medicina, alcuni errori sono inevitabili, perché intrinseci al funzionamento mentale e ineliminabili totalmente anche con la conoscenza approfondita e l'addestramento [1].

La strada da percorrere, dunque, implica la continua analisi del fenomeno, implementando un sistema di gestione del rischio (o, meglio, un sistema sicurezza) complessivamente inteso, in particolare di quello clinico (pur in maniera fortemente integrata con le altre componenti), in grado di rilevare il più meticolosamente possibile gli errori umani e di sistema, imparando da essi ed evitando il ripetersi di quelli prevenibili con l'applicazione degli opportuni correttivi, aumentando in tal modo la sicurezza del paziente e, contestualmente, degli operatori e del sistema tutto.

Allo scopo si deve sviluppare anche la cultura della comunicazione fra professionisti e con il paziente che è molto di più del c.d. consenso informato, ma si tratta di un vero e proprio processo, dinamico e mutevole nel tempo, assai più complesso della messa a punto con lettura e firma congiunta di un modulo, ma basato su una vera relazione fra il sanitario e il paziente che aiuta nel processo di presa in cura [2].

Pure a tale proposito il nostro Paese ha sentito l'esigenza di legiferare: è del tutto recente, infatti, la promulgazione delle "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" (Legge 22 dicembre 2017, n. 219, pubblicata su G.U. 16 gennaio 2018, n. 12, in vigore dal 31/1/2018) [3] che mostra una stretta correlazione, peraltro, con la legge 24/2017.

In effetti, dalla disamina dei casi di contenzioso, con estrema frequenza, emerge una difettosa comunicazione tra il professionista della salute e la persona destinataria delle cure e/o i suoi familiari, nel caso dei piccoli pazienti segnatamente con i genitori (il che complica notevolmente le cose per l'elevata emotività che la situazione comporta) e, purtroppo, della non sempre corretta registrazione di tale processo nella documentazione sanitaria (in particolare nella cartella clinica), ottimo strumento di cura se ben redatto e pressoché unico nel dimostrare il rispetto di tutti i diritti della persona in cura e di chi la rappresenta legalmente.

In tale contesto si è iscritta la pandemia da SARS-CoV-2 che ha rappresentato un vero e proprio tsunami per i cittadini e per il Servizio Sanitario Nazionale: quello che ha provocato risiede nella consapevolezza dell'impossibilità di descrivere l'accaduto; per quanto i media, le tecnologie, il web abbiano reso accessibili a tutti immagini, informazioni, nozioni e studi scientifici, la dura realtà è che abbiamo tutti dovuto misurarci con la scarsa conoscenza di questo nuovo agente etiologico, dell'epidemiologia e dell'evoluzione clinica o subclinica, della dinamica del contagio anche da parte di persone asintomatiche, ecc.

Forse perché mossi da un inguaribile ottimismo eravamo portati a sognare che, data l'eccezionalità e la severa gravità

della pandemia che ha travolto il mondo intero, nel nostro Paese il problema della responsabilità professionale sanitaria non si sarebbe posto.

E invece una preoccupazione crescente ha cominciato a serpeggiare fra i professionisti, ingigantita dalle proposte di polizze per una specifica copertura, fino alla comparsa di infortunistiche che online offrono consulenze legali e medico-legali in materia, sia sul versante del contenzioso del lavoro (mancanza di dispositivi per gli operatori sanitari e socio-sanitari), sia della responsabilità penale e civile (cui consegue quella per danno erariale). Peraltro, l'impellente necessità di approntare nuovi posti letto nelle strutture sanitarie per il trattamento dei pazienti malati più o meno gravemente (quindi anche di terapia intensiva ad altissima complessità assistenziale), la compartimentazione dei pazienti con sospetta infezione ancora in fase di accertamento dai pazienti "no-COVID", ha richiesto una profonda riorganizzazione delle strutture sanitarie non solo in tempi rapidissimi, ma anche come continuo work in progress, in relazione alla velocissima mutevolezza dello scenario e dei bisogni sempre crescenti della popolazione.

In tale situazione si sono susseguite numerose norme con un ritmo incalzante e, talora, di non facile interpretazione e neppure così sintoniche fra loro, né sul versante nazionale, né su quello regionale, talora con netta antitesi fra le componenti del mondo scientifico (anche internazionale) e fra queste e i decisori politici. A parere di chi scrive, posto che siamo alle prese con una patologia che stiamo solo cominciando a conoscere e per il trattamento della quale non esistono ancora né linee guida, né buone pratiche clinico-assistenziali universalmente riconosciute e/o accreditate, alla luce dell'abnegazione con cui i professionisti e gli operatori tutti si sono e si stanno ancora sacrificando, si ritiene che invece d'inneggiare all'eroismo, bisognerebbe pensare che hanno applicato la "miglior scienza ed esperienza del momento storico", ovvero hanno fatto il miglior interesse di ogni persona-paziente-utente in base alle concrete possibilità contingenti e attuabili, con i mezzi a disposizione.

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono qualificabili, nella maggior parte dei casi come un evento avverso prevenibile, in quanto attribuibile ad un errore (umano e/o di sistema): ma nella fase 1 della pandemia, come prevenire se si conosceva così poco?

In generale gli errori che causano eventi avversi che possono condurre a un danno al paziente sono classificabili come latenti nel sistema oppure come errori attivi (umani) e, molto schematicamente, nel caso delle ICA sono legati a:

- carenze della struttura ospedaliera/sanitaria/

sociosanitaria o impiantistiche;

- carenze di risorse, sia umane, sia strutturali, sia tecnologiche
- prestazioni di pratiche assistenziali inadeguate, vale a dire:
 - assenza o inadeguatezza di precauzioni standard
 - assenza o inadeguatezza di precauzioni specifiche
 - utilizzo inappropriato degli antibiotici.

Oggi tutti, anche i giudici e gli avvocati, sanno che le ICA sono evitabili: si stima che siano prevenibili – mediamente – fino al 70% circa dei casi; per alcune infezioni, per le quali è dimostrato che la frazione prevenibile sia elevata, ogni singola infezione dovrebbe essere considerata come un evento avverso da prevenire con azioni specifiche (la cosiddetta “zero tolerance”).

Cosa ci ha insegnato, tra le tante cose, la drammatica esperienza vissuta e ancora attuale, vale a dire la pandemia da SARS-CoV-2? Che le soluzioni più efficaci che abbiamo avuto e che - probabilmente - avremo a disposizione nel breve-medio termine per gestire al meglio questa grave emergenza risiedono in strategie di comportamento semplici e basilari, quali le precauzioni standard e le precauzioni aggiuntive basate sulla via di trasmissione. Tali attività devono essere sistematiche, sono parte integrante della prestazione e devono essere eseguite con attenzione e rigore di metodo.

Troppo spesso ci si dimentica che sono le stesse strategie di comportamento la base della prevenzione di tutte le infezioni potenzialmente correlate all’assistenza e che non sono «un di più» della prestazione, ma sono «la» prestazione: è quindi obbligatorio per tutti i professionisti della salute conoscerle, saperle mettere in pratica, chiedere di essere tutorati e/o di essere formati se si è consapevoli di qualche carenza conoscitiva, segnalare importanti inadeguatezze e/o potenziali fonti di rischio (il che non significa compiere una delazione, mettere in atto una caccia al colpevole, bensì abbracciare la cultura del reporting and learning, finalizzata al miglioramento di tutta l’organizzazione per la sicurezza del paziente e degli operatori sanitari, perché, parimenti, segnalare i rischi lavorativi è un obbligo per i lavoratori, i dirigenti e i preposti ai sensi del D.Lgs. 81/2008).

Ugualmente è doveroso e utilissimo tracciare e documentare tutto quello che si fa nella cartella clinica, ambulatoriale, domiciliare, ecc..

Alla luce di quanto sopra sinteticamente descritto, difendere un’Azienda Sanitaria ed i professionisti coinvolti in un contenzioso per infezione correlata all’assistenza (ICA), è

un’impresa quanto mai ardua e spesso, pur rappresentando tutti i punti di forza della qualità e bontà tecnica dell’assistenza sanitaria messa in atto, per i meccanismi valutativi che entrano in gioco - soprattutto in ambito civilistico - alla luce dell’elevata quota di prevenibilità delle ICA, si soccombe in giudizio, cioè bisogna risarcire il danno al paziente o ai suoi eredi in caso di decesso. Diverso – almeno per il momento – il caso di contagio da SARS-CoV-2 in Ospedale o nelle strutture: va comunque dimostrato che si è fatto tutto quanto era possibile per prevenirlo...

E la «prova non è mai sufficiente» ... Ma cosa devono “provare” le strutture? Le ICA sono, oltre che prevedibili, tutte prevenibili? Ovviamente no, ma ciò che la struttura deve fornire è la prova positiva di avere messo in campo tutto quanto la miglior “scienza ed esperienza” del momento mettono a disposizione e non basta produrre procedure, protocolli, manuali, ecc.: bisogna dimostrare che tutti gli operatori sanitari che si sono avvicinati nelle cure hanno tenuto per tutta la durata della degenza, in ogni momento, in quello specifico paziente, una condotta professionale ineccepibile ed è praticamente impossibile.

A titolo meramente esemplificativo, uno stralcio della Sentenza 22/06/2015, del Tribunale di Roma, XIII Sez. Civile, significativa nel merito: “[...] La convenuta (la struttura) avrebbe dunque dovuto fornire la prova – che come infra esposto non può che essere indiziaria - che l’evento dannoso (contagio da batterio nosocomiale) era sì possibile e prevedibile (fatto pacifico), ma non prevenibile, rientrando in quella percentuale di casi che la scienza medica ha enucleato come eventi che possono sfuggire ai controlli di sicurezza apprestabili e di fatto apprestati dalla struttura sanitaria”.

Ma qual è il modo di adempiere a tale prova negativa? Quello di “fornire la prova positiva di aver fatto tutto quanto «la scienza del settore» ha fino a quel momento escogitato per evitare o quanto meno ridurre al massimo il rischio di contaminazione...”.

Aspetti preziosi di tale «prova» potrebbero essere l’evidenza ed i risultati delle attività di monitoraggio e di sorveglianza (prevalenza dei microorganismi multiresistenti sugli isolati, la riduzione delle prescrizioni inappropriate di antibiotici, i consumi, ecc.), ma soprattutto gli esiti (auspicabilmente positivi!) delle osservazioni dirette dei comportamenti degli operatori sanitari durante tutte le loro attività effettuati dal settore Igiene Ospedaliera, verbalizzati e documentati per iscritto, da poter produrre in giudizio.

In definitiva, in ambito ICA, si verifica quella che io definisco la probatio diabolica, perché estremamente difficile da fornire: l’unico vero rimedio, anche per quanto attiene al con-

tenzioso, è prevenirle le ICA, esattamente come si dovrebbe fare nel miglior interesse del paziente e, di conseguenza, dei professionisti che lo curano, nonché della struttura sanitaria.

Approfondimenti

- [1] Reason J., *Human error*, Cambridge University Press, 1990: "Such errors are an intrinsic part of mental functioning and cannot be eliminated by training, no matter how effective or extensive the programme may be. It is now widely held among human reliability specialists that the most productive strategy for dealing with active errors is to focus upon controlling their consequences rather than upon striving for their elimination....".
- [2] Basti pensare all'anamnesi: se ben condotta può significativamente aiutare nella formulazione della diagnosi e nella prescrizione della terapia, ma implica l'ascolto attivo e il saper porre le domande giuste per ottenere la massima collaborazione del paziente.
- [3] Consenso informato declinato in ogni sua parte dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante le "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.", all'art. 1, che recita: "Consenso informato - 1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che 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. 2. 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. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo. 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. 4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. 5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, 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, con le stesse forme di cui al comma 4, 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. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. 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. 7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle. 8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura. 9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale. 10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative. 11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.”.

- [4] Legge 219/2017, articolo 3: “Minori e incapaci - 1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà. 2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità. 3. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità. 4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità

di intendere e di volere. 5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.”.