

● **“Privacy e pubblico impiego: Linee-guida del Garante”**

Giannantonio Barbieri*

* *Avvocato del Foro di Bologna - Master in Diritto sanitario Professore a contratto alla Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Firenze*



INTRODUZIONE

Il 14 giugno 2007 il Garante per la protezione dei dati personali ha adottato le “Linee-guida in materia di trattamento di dati personali di lavoratori per finalità di gestione del rapporto di lavoro in ambito pubblico.

(Il documento è consultabile integralmente sul sito www.garanteprivacy.it)

Il provvedimento è scaturito in seguito alle numerose segnalazioni, istanze e quesiti pervenuti al Garante e aventi ad oggetto il trattamento dei dati personali dei lavoratori del pubblico impiego. Il Garante, quindi, ha ritenuto opportuno individuare un quadro unitario di misure e accorgimenti necessari e opportuni volti a favorire una serie di orientamenti utili sia per i cittadini che per le amministrazioni pubbliche interessate.

In particolare le tematiche prese in considerazione dal provvedimento si riferiscono alla comunicazione e alla diffusione di dati e al trattamento delle informazioni sensibili (in specie, di quelli idonei a rivelare lo stato di salute e le convinzioni religiose) o di dati biometrici relativi a lavoratori alle dipendenze di pubbliche amministrazioni,

Pertanto, anche i datori di lavoro pubblici avranno il dovere di trattare i dati personali assicurando un elevato livello di tutela dei diritti e delle libertà fondamentali del dipendente, adeguando nello stesso tempo il trattamento ai principi di semplificazione, armonizzazione ed efficacia, sia per le modalità di esercizio dei diritti, sia per l'adempimento degli obblighi da parte dei titolari del trattamento. Conseguentemente, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni hanno il diritto di ottenere, dal proprio datore di lavoro, che il trattamento dei dati effettuato mediante l'uso di tecnologie telematiche sia conformato al rispetto dei predetti diritti e libertà. Ciò è importante in quanto funge da impulso alle pubbliche amministrazioni a far sì che vengano progressivamente introdotte nuove tec-

niche rispetto alle modalità tradizionali di trattamento dei dati su base cartacea, individuando forme adeguate di trattamento che tutelino al massimo i lavoratori.

Il provvedimento rammenta anche come il datore di lavoro pubblico possa lecitamente trattare dati personali dei dipendenti esclusivamente nella misura in cui ciò sia necessario per la corretta gestione del rapporto di lavoro, avendo cura, tra le altre, di informare preventivamente ed adeguatamente gli interessati e di adottare adeguate misure di sicurezza idonee a preservare i dati da alcuni eventi quali, ad esempio, accessi ed utilizzazioni indebiti, rispetto ai quali l'amministrazione può essere chiamata a rispondere tanto in sede civile quanto in sede penale.

IL PROVVEDIMENTO DEL GARANTE

Questi in sintesi alcuni dei punti principali del provvedimento:

CARTELLINI IDENTIFICATIVI

Indubbiamente costituisce un'ipotesi di diffusione di dati personali l'esibizione degli stessi sui cartellini identificativi, appuntati, ad esempio, sull'abito o sulla divisa del personale di alcune strutture della pubblica amministrazione o di concessionari pubblici. Nell'ambito del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni i cartellini identificativi possono rappresentare un valido strumento per garantire trasparenza ed efficacia dell'azione amministrativa, nonché per migliorare il rapporto fra operatori ed utenti. Nel selezionare i dati personali destinati ad essere diffusi attraverso i cartellini identificativi, le amministrazioni sono tenute a rispettare i principi di pertinenza e non eccedenza dei dati in rapporto alle finalità perseguite, specie in assenza di necessarie disposizioni di legge o regolamento che prescrivano l'adozione, per determinati dipendenti, di cartellini identificativi e ne individuino eventualmente anche il relativo contenuto. In tali ipotesi, alla luce di specifiche esigenze di personalizzazione e di umanizzazione del servizio e/o di collaborazione da parte dell'utente può risultare giustificato, in casi particolari e con riferimento a determinate categorie di dipendenti, riportare nei cartellini elementi identificativi ulteriori rispetto alla qualifica, al ruolo professionale, alla fotografia o ad un codice identificativo quali, ad esempio, le loro generalità (si pensi alle prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero e al rapporto fi-

ducario che si instaura tra il paziente e gli operatori sanitari coinvolti).

DATI IDONEI A RIVELARE LO STATO DI SALUTE

Il datore di lavoro pubblico deve osservare cautele particolari anche per il trattamento dei dati sensibili e, segnatamente, di quelli idonei a rivelare lo stato di salute. Nel trattamento di queste informazioni l'amministrazione deve rispettare anzitutto i principi di necessità e di indispensabilità, valutando specificamente il rapporto tra i dati sensibili e gli adempimenti derivanti da compiti e obblighi di volta in volta previsti dalla legge. È importante valorizzare tali principi nell'applicare disposizioni di servizio e regolamenti interni precedenti alla disciplina in materia di protezione dei dati personali. In tale quadro non risultano, ad esempio, lecite le modalità - utilizzate da amministrazioni militari e forze di polizia, a fini di organizzazione del lavoro e/o di turni di servizio - che prevedono la redazione di un elenco nominativo di ufficiali o agenti in licenza, recante l'indicazione: “per convalescenza” o “in aspettativa”, per regolare l'accesso alla caserma del personale assente dal servizio; oppure l'indicazione, su ordini di servizio o altri atti affissi nei luoghi di lavoro, i motivi giustificativi delle assenze del personale (utilizzando, ad esempio, diciture quali “a riposo medico”).

ASSENZE PER RAGIONI DI SALUTE

Riguardo al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, la normativa sul rapporto di lavoro e le disposizioni contenute in contratti collettivi possono giustificare il trattamento dei dati relativi a casi di infermità che determinano un'incapacità lavorativa (temporanea o definitiva), con conseguente accertamento di condizioni di salute del lavoratore da parte dell'amministrazione di appartenenza, anche al fine di accertare l'idoneità al servizio, alle mansioni o allo svolgimento di un proficuo lavoro.

Tra questi ultimi può rientrare anche una informazione relativa all'assenza dal servizio per malattia, indipendentemente dalla circostanza che sia contestualmente indicata esplicitamente la diagnosi. Non diversamente, il datore di lavoro può, in vari casi, trattare legittimamente dati sensibili relativi all'invalidità o all'appartenenza a categorie protette, nei modi e per le finalità prescritte dalla vigente normativa in materia. A tale riguardo va rilevata la sussistenza di specifici obblighi normativi nei riguardi del

lavoratore per consentire al datore di lavoro di verificare le sue reali condizioni di salute nelle forme di legge.

Per attuare tali obblighi è ad esempio previsto che venga fornita all'amministrazione di appartenenza un'apposita documentazione a giustificazione dell'assenza, consistente in un certificato medico contenente la sola indicazione dell'inizio e della durata presunta dell'infermità: c.d. "prognosi". In assenza di speciali disposizioni di natura normativa, che dispongano diversamente per specifiche figure professionali, il datore di lavoro pubblico non è legittimato a raccogliere certificazioni mediche contenenti anche l'indicazione della diagnosi. Anche nei casi in cui la raccolta dei dati relativi alla diagnosi sia effettuata lecitamente sulla base di tali disposizioni, in conformità ai principi di proporzionalità e indispensabilità, non è consentito all'amministrazione di appartenenza trascrivere nei documenti caratteristici o matricolari del personale le indicazioni sulla prognosi e la diagnosi contenute nei certificati prodotti dall'interessato per giustificare le assenze dal servizio. A tale riguardo, va anzi rilevato che, qualora il lavoratore produca documentazione medica recante anche l'indicazione della diagnosi insieme a quella della prognosi, l'amministrazione (salvi gli speciali casi eventualmente previsti nei termini sopra indicati) deve astenersi dall'utilizzare ulteriormente tali informazioni invitando anche il personale a non produrne altri con le medesime caratteristiche.

In linea generale, all'esito delle visite di controllo sullo stato di infermità - effettuate da medici dei servizi sanitari pubblici - il datore di lavoro pubblico è legittimato a conoscere i dati personali dei lavoratori riguardanti la capacità o l'incapacità al lavoro e la prognosi riscontrata, con esclusione di qualsiasi informazione attinente alla diagnosi. In tale quadro, il datore di lavoro può, al fine di far valere i propri diritti in relazione a fenomeni di ritenuto assenteismo e di eventuale non veritiera certificazione sanitaria, redigere note informative, segnalazioni o denunce contenenti anche riferimenti circostanziati alle ragioni e alle modalità delle singole assenze e individuandone i destinatari nel rispetto dei principi di indispensabilità, pertinenza e non eccedenza. Sulla base degli elementi acquisiti da segnalazioni e quesiti pervenuti all'Autorità, risulta giustificata, alla luce delle disposizioni contenute nei con-

tratti collettivi, la conoscenza da parte dell'amministrazione di appartenenza di informazioni personali relative all'effettuazione di visite mediche, prestazioni specialistiche o accertamenti clinici, nonché alla presenza di patologie che richiedano terapie invalidanti, quando il dipendente richiede di usufruire del trattamento di malattia o di permessi retribuiti per le assenze correlate a tali esigenze.

DENUNCIA ALL'INAIL

Per dare esecuzione ad obblighi di comunicazione relativi a dati sanitari, in taluni casi il datore di lavoro può anche venire a conoscenza delle condizioni di salute del lavoratore. Tra le fattispecie più ricorrenti deve essere annoverata la denuncia all'istituto assicuratore (Inail) avente ad oggetto infortuni e malattie professionali occorsi ai lavoratori; essa, infatti, per espressa previsione normativa, deve essere corredata da specifica certificazione medica (artt. 13 e 53 DPR n. 1124/1965). In tali casi l'amministrazione, pur potendo conoscere la diagnosi, deve comunicare all'ente assicurativo solo le informazioni sanitarie relative o collegate alla patologia denunciata, anziché dati sulla salute relativi ad altre assenze che si siano verificate nel corso del rapporto di lavoro, la cui eventuale comunicazione sia eccedente e non pertinente - con la conseguente loro inutilizzabilità - trattandosi di dati non rilevanti nel caso oggetto di denuncia.

VISITE MEDICO-LEGALI

Le pubbliche amministrazioni possono trattare legittimamente dati idonei e rivelare lo stato di salute dei propri dipendenti, non solo per accertare, anche d'ufficio, attraverso le strutture sanitarie pubbliche competenti, la persistente idoneità al servizio, alle mansioni o allo svolgimento di un proficuo lavoro, ma anche per riconoscere la dipendenza da causa di servizio, per concedere trattamenti pensionistici di privilegio o l'equo indennizzo ovvero per accertare, sempre per fini pensionistici, la sussistenza di stati invalidanti al servizio o di inabilità non dipendenti da causa di servizio. Nel disporre tali accertamenti le amministrazioni possono comunicare ai collegi medici competenti i dati personali sensibili del dipendente dei quali dispongano, nel rispetto del principio di indispensabilità; devono inoltre conformare il trattamento dei dati sanitari del lavoratore secondo modalità volte a prevenire violazioni dei diritti, delle libertà fondamentali e

della dignità dell'interessato, anche in riferimento al diritto alla protezione dei dati personali.

Analoghi accorgimenti devono essere adottati dagli organismi di accertamento sanitario all'atto della convocazione dell'interessato a visita medico-collegiale, sia della comunicazione dell'esito degli accertamenti effettuati all'amministrazione di appartenenza del lavoratore, ed eventualmente all'interessato medesimo. In particolare, nel caso di accertamenti sanitari finalizzati ad accertare l'idoneità al servizio, alle mansioni o a proficuo lavoro del dipendente, alla luce del principio di indispensabilità, i collegi medici devono trasmettere all'amministrazione di appartenenza dell'interessato il relativo verbale di visita con la sola indicazione del giudizio medico-legale di idoneità, inidoneità o di altre forme di inabilità. Qualora siano trasmessi dagli organismi di accertamento sanitario verbali recanti l'indicazione della diagnosi dell'infermità o della lesione che determinano un'incapacità lavorativa, i datori di lavoro non possono, comunque, utilizzare ulteriormente tali informazioni.

ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SALUTE

Devono essere presi in considerazione altri casi nei quali può effettuarsi un trattamento di dati relativi alla salute del lavoratore (e anche di suoi congiunti), al fine di permettergli di godere dei benefici di legge: si pensi, ad esempio, alle agevolazioni previste per l'assistenza a famigliari disabili, ai permessi retribuiti e ai congedi per gravi motivi famigliari. In attuazione dei principi di indispensabilità, pertinenza e non eccedenza, in occasione di istanze volte ad usufruire dei congedi a favore dei lavoratori con famigliari disabili in situazione di gravità, l'amministrazione di appartenenza non deve venire a conoscenza di dati personali del congiunto portatore di handicap relativi alla diagnosi o all'anamnesi accertate dalle commissioni mediche indicate dall'art. 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104. A tal fine, il lavoratore deve presentare al datore di lavoro una certificazione dalla quale risulti esclusivamente l'accertata condizione di handicap grave per opera delle commissioni mediche di cui all'art. 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295. Diversamente, per usufruire di permessi o congedi per gravi infermità o altri gravi motivi famigliari, il lavoratore è tenuto per legge a produrre alla propria

amministrazione idonea documentazione medica attestante le gravi infermità o le gravi patologie da cui risultano affetti i propri famigliari.

Allo stesso modo, il datore di lavoro può venire a conoscenza dello stato di tossicodipendenza di un proprio dipendente o di un familiare di questi, in caso di richieste di accesso o concorso a programmi riabilitativi o terapeutici con conservazione del posto di lavoro (senza retribuzione), atteso l'onere di presentare (nei termini prescritti dai contratti collettivi e dagli accordi di lavoro per il pubblico impiego) specifica documentazione medica al datore di lavoro.

MEDICO COMPETENTE

Anche il datore di lavoro pubblico deve svolgere alcuni trattamenti di dati in applicazione della disciplina in materia di igiene e sicurezza del lavoro (art. 1, commi 1 e 2, Dlgs. n. 626/1994 e successive modificazioni e integrazioni). Tale disciplina, che attua anche alcune direttive comunitarie e si colloca nella cornice più ampia delle misure necessarie a tutelare l'integrità psicofisica dei lavoratori, pone direttamente in capo al medico competente in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro a sorveglianza sanitaria obbligatoria (e, ai sensi degli artt. 16 e 17 del Dlgs. n. 626/1994, il correlato trattamento dei dati contenuti in cartelle cliniche.

In questo ambito il medico competente effettua accertamenti preventivi e periodici sui lavoratori (art. 33 DPR n. 303/1956; art. 16 Dlgs. n. 626/1994) e istituisce (curandone l'aggiornamento) una cartella sanitaria e di rischio (in conformità alle prescrizioni contenute negli artt. 17, 59-*quinquiesdecies*, comma 2. lett. b), 59-*sexiesdecies*, 70, 72-*undecies* e 87 Dlgs. n. 626/1994). Detta cartella è custodita presso l'amministrazione "con *salvaguardia del segreto professionale*, e consegnata in copia al lavoratore stesso al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, ovvero quando lo stesso ne fa richiesta" (artt. 4, comma 8 e 17, comma 1, lett. d), Dlgs. n. 626/1994); in caso di cessazione del rapporto di lavoro le cartelle sono trasmesse all'Istituto superiore prevenzione e sicurezza sul lavoro - Ispesl - (artt. 59-*sexiesdecies*, comma 4 e 70, comma 4, 72-*undecies*, comma 3 e 87, comma 3, lett. c), Dlgs. n. 626/1994), in originale e in busta chiusa. In relazione a tali disposizioni, al medico competente è consentito trattare dati sanitari dei lavoratori anche mediante annotazione

nelle cartelle sanitarie e di rischio, e curando le opportune misure di sicurezza per salvaguardare la segretezza delle informazioni trattate. Ciò, quale che sia il titolare del trattamento effettuato a cura del medico. Alle predette cartelle il datore di lavoro non può accedere, dovendo soltanto concorrere ad assicurare un'efficace custodia nei locali dell'amministrazione (anche in vista di possibili accertamenti ispettivi da parte dei soggetti istituzionalmente competenti) ma, come detto, "con *salvaguardia del segreto professionale*".

Il datore di lavoro pubblico è tenuto, su parere del medico competente (o qualora quest'ultimo lo informi di anomalie imputabili all'esposizione a rischio), ad adottare le misure preventive e protettive per i lavoratori interessati; in questo specifico contesto il datore di lavoro può accedere al giudizio di idoneità del lavoratore allo svolgimento di date mansioni, anziché alle specifiche patologie accertate.

Il medico può farsi assistere da personale sanitario, anche dipendente dello stesso datore di lavoro pubblico, che deve essere designato quale incaricato del trattamento dei dati personali, impartendo ad esso specifiche istruzioni per salvaguardare la segretezza delle informazioni trattate. In tal caso, a prescindere da quale sia il titolare del trattamento e dagli eventuali obblighi in tema di segreto d'ufficio, il medico competente deve predisporre misure idonee a garantire il rispetto del segreto professionale da parte dei propri collaboratori che non siano tenuti per legge al segreto professionale, mettendoli ad esempio a conoscenza di tali disposizioni e delle relative sanzioni.



BIBLIOGRAFIA

Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali del 14 giugno 2007, su Bollettino n. 84 giugno 2007 (su www.garanteprivacy.it)

R. Acciai, *Il diritto alla protezione dei dati personali*, Maggioli Editore, 2004

G. Ciacci, *Privacy e Sanità*, Il Pensiero scientifico Editore, 2005

A. Scalisi, *Il diritto alla riservatezza*, Giuffrè Editore, 2002

R. Tommasi, *La difesa della privacy in sanità*, Maggioli Editore, 2007



IPASVI

• **“Il paziente in terapia intensiva cardiocirurgica”**

Marco Marseglia*,
Federica Piergentili**

**Infermiere coordinatore Master in Metodologia e Analisi della responsabilità professionale nell'area infermieristica*

***Infermiera formatore EBN Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgia Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi*

L'idea di redigere un articolo sull'assistenza infermieristica cardiocirurgica post-operatoria ha sollecitato una serie di riflessioni che vorremmo condividere con i lettori.

Il concetto di assistenza infermieristica è ormai stato analizzato sotto numerosi punti di vista, le parole autonomia, competenza, integrazione, responsabilità, sono parte delle specifico professionale. Ma questi concetti sono realmente vissuti quotidianamente dall'infermiere? Esiste coerenza tra i valori dichiarati e l'operatività quotidiana? Quanto oggi, le diverse funzioni e competenze professionali vengono realmente declinate in termini di sviluppo ed innovazione, con ricadute positive sul sistema salute?

Gli infermieri di area critica stanno portando un contributo insostituibile all'evoluzione della professione infermieristica italiana, stimolando la riflessione critica sui fenomeni propri dell'assistenza: una sfida di elaborazione di fronte a problemi e dilemmi nuovi, rispetto all'inizio della nostra storia o a qualche decennio fa.

Un filo rosso però ci continua a legare al nostro passato, un filo ben visibile, mai interrotto, che collega gli ambiti del nostro sapere, del nostro agire e gli aspetti formativi con quelli organizzativi.

L'infermiere è un professionista a tutto tondo, ha una funzione fondamentale nelle diverse articolazioni dei servizi: oggi però l'infermiere è ancora costretto in modelli organizzativi che premiano la ripetitività delle attività ed il lavoro per compiti, è limitato nelle proprie possibilità decisionali e nell'applicazione del processo assistenziale.

L'invito degli infermieri di area critica è quello di fare emergere quel patrimonio sommerso di intelligenza, esperienza e sapere che potrebbe e dovrebbe arric-

chire tutti e contribuire a migliorare l'assistenza ai cittadini.

Vorremmo che quando si parla di assistenza in Terapia intensiva ci si immedesimasse in quella che è una struttura intensiva, in ciò che accade al suo interno, quando le persone si trovano in condizione di criticità vitale e gli operatori vivono con tensione la necessità di trovare una soluzione: prendere una decisione difficile.

Vorremmo che si pensasse ai conflitti che l'esistenza dell'Area critica ha fatto sorgere negli ultimi decenni, a cui non siamo ancora in grado di dare risposte coerenti: riflettere sull'isolamento delle strutture intensive, con le loro grandezze e le loro pochezze, sull'indispensabile contatto da creare con l'esterno per definire una dimensione più umana dell'assistenza, per ridefinire obsolete modalità organizzative e delineare nuovi equilibri nella suddivisione delle competenze.

Ogni giorno, nel nostro quotidiano cerchiamo di appropriarci di ciò che è nostro, ogni giorno mettiamo in discussione le nostre conoscenze, ogni giorno aggiungiamo un mattoncino ad un giocattolo che in tanti vorrebbero proprio, un giocattolo che si chiama “casa della salute”, e che continua a sgretolarsi ogni qualvolta strategie importanti non vedono come protagonisti gli infermieri.

La nostra attività, che si sintetizza nell'assistenza post-operatoria intensiva, è impregnata di tutti questi elementi, e i contenuti che seguiranno descrivono quello che un centro di rianimazione post-operatoria specialistica deve mettere in atto con la presa in carico della persona ricoverata.

La persona deve essere posta al centro del processo assistenziale, solo così il nostro lavoro continua e favorisce quello dei colleghi delle altre strutture che si fanno carico di garantire la continuità assistenziale.

Per questo motivo chi assiste “prima” e “dopo” un determinato evento, non può non conoscere i bisogni di assistenza della persona determinati da quella condizione e le risposte assistenziali che sono state fornite per rispondervi.

DI COSA CI OCCUPIAMO

- Assistenza cardiocircolatoria esterna (mono e biventricolare) ed assistenza respiratoria con circuito extracorporeo (ECMO);
- By-pass aorto-coronarico a cuore battente;
- Chirurgia delle aritmie;
- Impianto endoluminale di *stents* pro-

tesici sull'aorta toracica discendente ed addominale, eseguito per via percutanea in collaborazione con il Servizio di Radiologia e di Cardiologia interventistica;

- Impianto di *device* artificiali da utilizzare per i pazienti candidati al trapianto cardiaco, come *bridge* (ponte) al trapianto stesso;
- Interventi al cuore con tecnologia mini-invasiva;
- Interventi per valvulopatie, coronaropatie, aneurisma dell'aorta toracica e dell'aorta toraco-addominale, patologie vascolari periferiche e trattamento delle patologie tumorali sul cuore e sui grossi vasi, sostituzione protesica dell'arco dell'aorta, dell'aorta toracica discendente e dell'aorta toraco-addominale;
- Persone in osservazione (politraumatizzati con compromissione cardiaca, dissezioni aortiche);
- Trapianti combinati: cuore-fegato, cuore-rene;
- Trapianto di cuore;
- Trapianto di polmone;
- Trapianto combinato: cuore-fegato, cuore-rene e cuore-polmone;
- Trombo-endoarteriectomia (TEA) dell'arteria polmonare;
- Cardiopatie congenite nel neonato;
- Cardiopatie congenite nel neonato di basso peso corporeo;
- Cardiopatie congenite nel prematuro;
- Cardiopatie congenite primitive nell'adulto;
- Sindrome del cuore sinistro ipoplasico;
- Trasposizione dei grossi vasi;
- Trasposizione corretta dei grossi vasi.

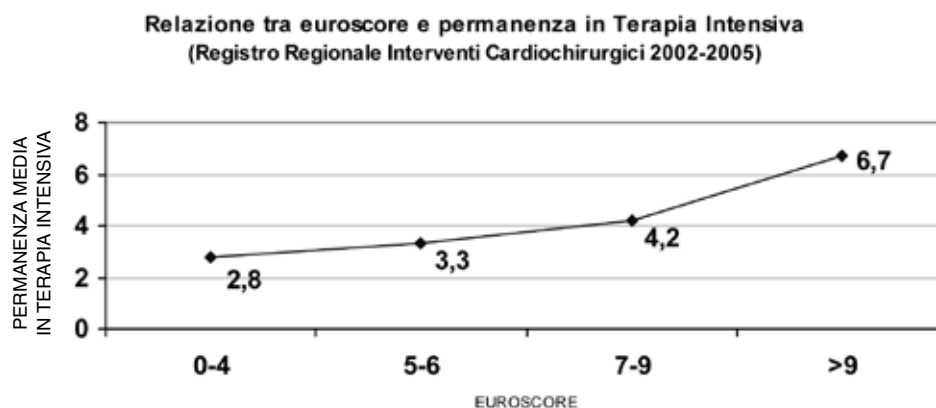
La casistica è sovrapponibile agli altri centri italiani e ai maggiori centri internazionali, con punte di eccellenza per l'attività pediatrica, trapiantologica, persone in dialisi, patologie dell'aorta toracica e TEA.

La complessità clinica e assistenziale, la degenza media è direttamente collegata dell'Euro Score (*European System for Cardiac Operative Risk Evaluation*) che è ≥ 6 (*high risk*).

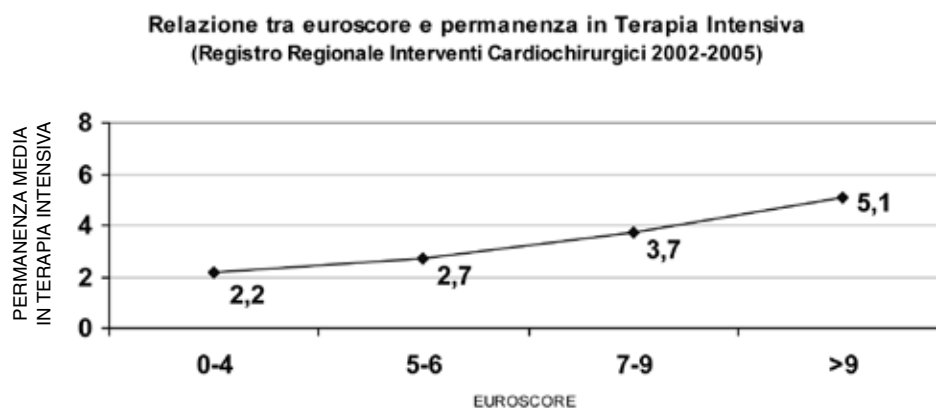
Mortalità % per EuroSCORE nel 2006 per pazienti adulti

Rif. *European System for Cardiac Operative Risk Evaluation* (EuroSCORE) S.A.M. Nashef*, F. Roques, P. Michel, E. Gauducheau, S. Lemeshow, R. Salamon, the euroSCORE study group. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 16 (1999) 9±13

EuroSCORE	Pts	DCD %	Attesa
0-2 (basso rischio)	79	0	1,3%
3-5 (medio rischio)	248	4 (1,6)	2,9%
≥ 6 (alto rischio)	479	30 (6,2)	11%

Tabella 1

Tabella 2

Dati Cardiocirurgia Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi


Tabella 3

Dati Cardiocirurgia Centri dell'Emilia-Romagna

Relativamente all'attività pediatrica il confronto con i dati dell'*European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)* è riportato nella Tabella 4

	Dati EACTS 2007	Dati Bologna 2003	Dati Bologna 2004	Dati Bologna 2006
Mortalità globale	5,07%	4,5%	3,8%	4,4%
Età inferiore a 30 gg.	12,01%	15,2%	7,4%	9,2%
Età inferiore ad 1 anno	4,94%	1,5%	3%	6,9%
Età superiore ad 1 anno	4,8%	0	3,4%	0,6%
Tempo medio di ventilazione assistita	60 ore	46 ore	23 ore	28 ore

Tabella 4

Nella Tabella sottostante vengono riportati i risultati ottenuti nell'esecuzione di alcuni interventi chirurgici che rappresentano un grado di difficoltà e complessità assistenziale elevata.

Tutti i risultati sono confrontati con quelli del database europeo.

	Dati EACTS	Dati Bologna 2000-2005	
		Mortalità	N° casi
Switch arterioso	7,02%	3,4%	29
Switch + DIV	14,35%	0%	19
Norwood	37,78%	11,1%	18
Difetto interventricolare	1,7%	0,7%	141
Difetto interatriale	0,31%	0%	103
Canale atrio-ventricolare totale	7,46%	3%	33
Coartazione aortica	4,28%	0%	41
Tetralogia di Fallot.Patch transanulare	3,84%	0%	41

Tabella 5

ORGANIZZAZIONE

Il Servizio di Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica dell'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna, è una Unità complessa che comprende al suo interno:

- una struttura semplice di Terapia intensiva cardiocirurgica adulti;
- un modulo organizzativo di Terapia intensiva cardiocirurgica pediatrica;
- un modulo funzionale del blocco operatorio cardiocirurgico

Nell'ambito della stessa Unità operativa, composta da 13 posti letto vi è la presenza di pazienti adulti e pediatrici, che comporta una articolazione dell'organizzazione nel contempo specifica per i vari pazienti, ma fortemente legata all'intero sistema, con tutto ciò che ne deriva in termini di assistenza, integrazione tra professionisti, rapporti con i Servizi di afferenza e di supporto, logistica e formazione.

Nell'anno 2006 sono stati effettuati circa 1.150 ingressi, di cui 200 erano soggetti in età pediatrica.

Lo staff infermieristico è composto da:

- ✓ 1 infermiere coordinatore
- ✓ 3 infermieri con Funzioni organizzative
- ✓ 2 infermieri esperti in Area critica
- ✓ 1 infermiere esperto in Wound Care
- ✓ 43 infermieri con Funzioni di assistenza diretta

Il personale di supporto che collabora con il personale infermieristico è composto da:

- ✓ 2 Ausiliari socio sanitari specializzati
- ✓ 8 Operatori socio sanitari

La complessità organizzativa ha richie-

sto la revisione del sistema delle responsabilità, dando alla struttura un assetto a matrice orizzontale.

L'importanza della valorizzazione delle funzioni professionali è stato un elemento basilare per la revisione organizzativa e l'incentivazione alla formazione post-base e continua sono stati gli altri elementi che hanno creato le basi di una rete di professionisti in grado di dare risposte sempre adeguate alle varie situazioni che si possono venire a creare.

La presenza di infermieri con responsabilità organizzative ed esperti in Area critica, assicurano il percorso assistenziale, la logistica, la gestione degli approvvigionamenti e delle attrezzature biomedicali.

La presenza di infermieri con master in Area critica, ricercatori e formatori EBN ed esperti in Wound Care, garantiscono alla persona in situazione potenziale o reale di criticità vitale un'assistenza sanitaria completa/globale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e presidi a rilevante componente tecnologica ed informatica.

L'attività di consulenza esterna al servizio è garantito dalla presenza di infermieri esperti in Area critica e Wound Care.

L'accogliimento e l'inserimento del personale neo-arrivato è garantito dalla procedura di inserimento che prevede l'affiancamento a infermieri esperti in Area critica.

Il tirocinio clinico degli studenti del corso di laurea in Infermieristica, dei master in Area critica e Management è assicurato dalla presenza di quattro tutor clinici. L'assistenza ai piccoli pazienti è assicurata da un pool di infermieri dedicato,

coadiuvati da un infermiere esperto.

Il percorso Qualità è assicurato dalla presenza dei documenti e dalla loro applicazione, e gestiti dai due Responsabili Assicurazione Qualità Infermieristici.

La presenza del personale di supporto (OSS e ASSS) garantisce un'adeguata razionalizzazione delle attività sanitarie e tecniche.

Lo staff medico è composto da 18 anestesisti-rianimatori che garantiscono l'attività anestesiológica in Sala operatoria e attività assistenziale in Terapia intensiva, oltre che su innumerevoli percorsi assistenziali aziendali.

IL MODELLO DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

L'infermiere della Rianimazione cardiocirurgica ha l'abilità di mettere in atto strategie esclusive che gli permettono di attuare in sequenza rapida ogni manovra prevista per garantire il monitoraggio e prevenire le complicanze, valutando costantemente le priorità assistenziali.

L'approccio agli apparecchi biomedicali prevede un lungo periodo di addestramento e supervisione di infermieri esperti, che ne garantiscono tramite una formazione "ad hoc" e aggiornamento professionale lo sviluppo costante di competenze specifiche nel tempo, preciso e tempestivo, esclusive e non delegabili ad altre figure.

Analizzando i bisogni della persona dopo un intervento cardiocirurgico secondo il "modello per la lettura della complessità assistenziale" si è in grado di definire le attività infermieristiche sopra descritte.

Il modello è presentato nella Figura 1.

Figura 1



Il modello viene schematicamente rappresentato su 3 ASSI CARTESIANI che raffigurano la dinamica del modello rispetto alla persona assistita.

Il primo asse, dato SALUTE/MALATTIA, rappresenta la STABILITÀ o L'INSTABILITÀ CLINICA.

Il secondo, COMPRESIONE/SCELTA, raffigura la capacità del paziente di decidere cosa si vuole venga attuato per preservare o migliorare il suo stato di salute.

Infine, l'asse AUTONOMIA/DIPENDENZA, riproduce la capacità/possibilità del paziente di eseguire azioni autonome provvedendo così al soddisfacimento dei propri bisogni.

Procedendo nell'analisi dei diversi assi e prendendo in considerazione le singole variabili, si nota un considerevole mutamento del ruolo dell'infermiere¹.

✓ **ASSE SALUTE/MALATTIA:**

man mano che aumenta L'INSTABILITÀ del paziente si verifica una progressiva diminuzione della possibilità decisionale e della discrezionalità dell'infermiere, contestualmente, si ha un aumento dell'attività collaborativa con altri professionisti. Questo è infatti l'asse in cui vengono gestiti i processi diagnostico/terapeutici prescritti da altre figure.

✓ **ASSE COMPRESIONE/SCELTA:**

È quello su cui si pone l'area di ATTIVITÀ SPECIFICA dell'infermiere poiché, detenendo un'alta discrezionalità decisionale, è in questo asse che si collocano gli interventi di tipo educativo e di sostegno della persona assistita.

✓ **ASSE AUTONOMIA/DIPENDENZA:**

Si connota anch'esso per l'alta discrezionalità decisionale dell'infermiere rispetto alla pianificazione delle attività da mettere in atto ed alla scelta di effettuarle direttamente o di demandarle agli operatori di supporto.

Applicando il modello della complessità assistenziale all'analisi di un caso clinico si possono individuare all'interno di ciascun ambito (asse) ATTIVITÀ GENERICHE ed ATTIVITÀ ESCLUSIVE/SPECIFICHE².

- Per ATTIVITÀ GENERICHE si intendono tutte quelle attività demandabili ad altre figure con assunzione diretta di responsabilità da parte di chi le effettua e con supervisione esterna solo riguardo la definizione delle procedure e del loro rispetto. Si tratta di una attività standardizzabile che può essere svolta da personale amministrativo (es. raccolta dati anagrafici) o da personale di supporto (es. riordino materiale utilizzato al termine di una procedura)^{3,4,5}.
- Con attività esclusive si intendono invece attività non cedibili, specifiche quindi di un professionista, con totale assunzione di responsabilità di chi le effettua e con possibilità di supervisione solo fra pari (es. la pianificazione infermieristica può essere controllata solo da un altro infermiere)⁶.

In base alle variabili di condizione nel percorso del paziente cardiocirurgico in seguito all'intervento, si osserva come esse interagiscono fra loro.

La condizione di SALUTE/MALATTIA è altamente compromessa, essa va ad influenzare la variabile COMPRESIONE/SCELTA. Il paziente si trova quindi nella situazione di impossibilità di valutare e decidere quali azioni mettere in atto per il soddisfacimento dei bisogni primari. È quindi evidente l'ATTIVITÀ SPECIFICA dell'infermiere che collabora nel mantenere le funzioni vitali.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA CARDIOCHIRURGICA INTENSIVA

L'assistenza infermieristica alla persona sottoposta ad intervento cardiocirurgico nell'immediato post-operatorio risulta essere particolarmente complessa in quanto si combinano due classi di problemi assistenziali.

Dobbiamo considerare, infatti, i problemi determinati dall'essere in fase post-operatoria (come per tutti gli interventi chirurgici) ed i problemi specifici legati al tipo di intervento subito.

Non va poi dimenticata l'importanza di considerare le condizioni pre-operatorie (> o < complessità) e la modalità con cui l'intervento stesso si è svolto (tecnica chirurgica, urgenza, emergenza, ecc.).

Si intende per problema collaborativo una complicanza potenziale derivante da una condizione patologica o da un trattamento⁷. I problemi collaborativi, per essere gestiti, prevedono azioni di monitoraggio; è naturale quindi che per questi tipi di interventi ci si avvale di un monitoraggio intensivo che inizia in Sala operatoria e spesso si amplia in Terapia intensiva.

I motivi principali di questa "osservazione" particolare sono i seguenti:

- le condizioni cardiocirurgiche sono gravi e, spesso, molto instabili;
- le alterazioni fisiologiche vengono indotte dalla circolazione extracorporea;
- possono coesistere malattie associate.

Le tecniche di monitoraggio sono state sviluppate al fine di identificare precocemente, attraverso alcuni parametri, le variazioni che possono eventualmente condurre a complicanze potenziali durante il decorso clinico.

Per essere trattata la complicanza potenziale necessita dell'apporto di varie figure professionali.

L'infermiere, infatti, mette in atto azioni di monitoraggio per valutare l'insorgenza o il decorso, interventi di prescrizione infermieristica (posture, modalità di sostituzione delle infusioni, medicazioni, ecc.) ed interventi di prescrizione medica.

I problemi collaborativi più comuni della persona sottoposta ad intervento di cardiocirurgia nell'immediato post-operatorio sono rappresentati da:

- Problema collaborativo cardiovascolare;
- Problema collaborativo respiratorio;
- Problema collaborativo neurologico;
- Problema collaborativo renale.

Nell'ambito dei problemi collaborativi generali si identificano quelli specifici e quindi le azioni e gli interventi sia di prescrizione infermieristica che medica volti alla gestione delle possibili complicanze.

Allo scopo di garantire una completa ed adeguata assistenza ed una tempestiva identificazione di possibili complicanze, è necessario che ogni posto letto della terapia intensiva sia organizzato nei minimi dettagli.

L'unità assistenziale, che in base alla tipologia della persona (adulta o pediatrica), deve essere quindi provvista di^{8,9,10,11,12}.

- Apparecchi per il monitoraggio emodinamico invasivo (picco, vigilance, vigileo, ecc.)
- Apparecchi per la determinazione degli esami di routine ed emogasanalisi
- Apparecchi per la determinazione dei tempi di coagulazione
- Apparecchi per la somministrazione dell'ossido nitrico
- Apparecchi per la termoregolazione del paziente
- Apparecchi scalda sangue
- Aspiratori chirurgici mobili
- Bisturi elettrico
- Carrelli completi per la rianimazione cardio-respiratoria (adulto e bambino)
- Carrelli completi per la sternotomia chirurgica in emergenza(adulto e bambino)
- Carrelli per le cure igieniche (adulto e bambino)
- Carrelli per medicazioni (adulto e bambino)
- Defibrillatori di vario tipo
- Contropulsatori intra-aortici (adulto e bambino)
- Ecocardiografi completi di sonda trans-esofagea (adulto e bambino)
- Elettrocardiografi
- Fibroscopi di vario calibro (adulto e bambino)
- Lampada scialitica
- Macchina lavaferri
- Monitor integrati portatili
- Pace-Maker normali e bicamerali.
- Sistemi per umidificazione e riscaldamento della miscela di gas inspirati (adulto e bambino)
- Sterilizzatrice per Fibroscopi
- Ventilatori automatici (adulto e bambino)
- Ventilatori automatici per la CPAP (adulto e bambino)

L'assistenza infermieristica in Terapia intensiva cardiocirurgica è contraddistinta quindi da alcune caratteristiche comuni a tutti i servizi assistenziali di Area critica; l'infermiere deve saper rilevare ed interpretare i bisogni della persona in criticità vitale, soggetta

a repentini e non sempre prevedibili mutamenti clinico-assistenziali; deve saper garantire il recupero, il sostegno e la compensazione delle capacità vitali; operare in maniera integrata con numerosi professionisti agendo con alta capacità relazionale; deve utilizzare strumenti e presidi ad alta complessità ed assistere con rapidità, precisione, decisione ed efficacia offrendo costantemente informazioni e consulenza scientifico-assistenziale¹³.

Il personale afferente a tale struttura (infermieristico e medico) segue un percorso di affiancamento significativo curando in maniera dettagliata gli aspetti tecnici e relazionali.

L'assistenza post-operatoria cardiocirurgica di tipo intensivologico, trova la massima espressione nell'integrazione tra i vari professionisti, che a loro volta sono chiamati a gestire, integrando le proprie competenze con le biotecnologie, che sono utilizzate per il supporto all'attività clinico-assistenziale.

La sorveglianza e il monitoraggio devono essere calibrati a seconda della gravità del paziente: vi deve essere la possibilità di mettere in opera i più sofisticati sistemi di monitoraggio invasivo e non invasivo.

L'attività di controllo dell'unità assistenziale e delle apparecchiature biomedicali, la manutenzione ordinaria, la messa in opera ed il collegamento alla persona è a cura del personale infermieristico.

Tutto viene regolato da una serie di istruzioni operative e protocolli interni, che si integrano con le procedure aziendali¹⁴.

La standardizzazione di alcuni processi, ritenuti critici nell'ambito dell'organizzazione, sono a garanzia della qualità del risultato della prestazione in termini di efficacia ed efficienza.

Nella stragrande maggioranza dei casi il paziente proviene dalla Sala operatoria cardiocirurgica, in condizioni di anestesia generale, intubato e ventilato. L'anestesista che ha effettuato l'intervento accompagna la persona e prescrive la terapia. Il paziente viene quindi preso in carico dall'anestesista della rianimazione e dall'infermiere dell'unità assistenziale dedicata. Viene esercitata una sorveglianza continua di tutti i parametri vitali. La discussione clinica ed assistenziale delle persone ricoverate si attua mediante *breafing* quotidiani, che a garanzia della multidisciplinarietà prevedono la presenza di tutti gli operatori coinvolti, compresi i consulenti esterni al Servizio.



NOTE

- ¹ P. Capodiferro, S. Scalorbi. *Intensività assistenziale alla persona instabile*, Scenario 2003; 20 (4):23-28
- ² G. Pitacco. *Un modello di analisi della complessità assistenziale*, I quaderni supplemento de l'Infermiere 2003; (8-9):22-27
- ³ Legge n. 42 del 26 febbraio 1999. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*
- ⁴ DPR n. 384 del 1990 art. 40 (OTA)
- ⁵ Accordo Stato Regioni 22.02.01, G.U. del 19.04.01 (OSS)
- ⁶ DM 14 settembre 1994 n. 739. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*
- ⁷ L.J. Carpenito. *Diagnosi infermieristiche applicazione alla pratica clinica*, II edizione, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2001
- ⁸ G. Ruvolo. *Manuale di Terapia intensiva post-cardiocoirurgica*, V edizione, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2001
- ⁹ *Procedura Aziendale*, Azienda ospedaliera universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
- ¹⁰ PL. Marino, *The ICU Book Terapia Intensiva, Principi fondamentali*, II edizione, Masson, 2000
- ¹¹ Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna. *Definizione e valutazione di requisiti qualitativi delle strutture cardiocirurgiche*. Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna, 1997
- ¹² DM n. 739/1994. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*
- ¹³ *Linee-guida per il master di primo livello - Infermieristica in Area critica*. Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI
- ¹⁴ P. Cacciari ed Al. *Il sistema di gestione per la qualità*. Collana Qualità in sanità, Esse Editrice, 2003



BIBLIOGRAFIA

Rapporto preliminare generale in occasione del XXII Congresso della Società italiana di chirurgia - SICCH
P. Capodiferro, S. Scalorbi. *Intensività assistenziale alla persona instabile*. Scenario 2003; 20 (4):23-28

G. Pitacco. *Un modello di analisi della complessità assistenziale*. I Quaderni supplemento dell'Infermiere 2003(8-9):22-27

Legge n. 42 del 26 febbraio 1999. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*

DPR n. 384 del 1990, art. 40 (OTA)

Accordo Stato/Regioni 22.02.01, G.U. n. 91 del 19.04.01 (OSS)

DM 14 settembre 1994, n. 739. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*

L.J. Carpenito. *Diagnosi infermieristiche applicazione alla pratica clinica*. II edizione Casa editrice Ambrosiana, Milano, 2001

G. Ruvolo. *Manuale di terapia intensiva post-cardiochirurgica*. V edizione, Casa editrice Ambrosiana, Milano, 2001

Procedura aziendale. Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

P.L. Marino, *The ICU Book Terapia intensiva - Principi fondamentali*. II edizione, Masson, 2000

Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. *Definizione e valutazione di requisiti qualitativi delle strutture cardiocirurgiche*. Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, 1997

DM n. 739/1994. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*

Linee-guida per il Master di I livello - *Infermieristica in Area critica*, Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

P. Cacciari et Al. *Il sistema di gestione per la qualità*. Collana Qualità in sanità. Esse editrice, 2003

G. Pitacco, A. Silvestro. *La complessità assistenziale*. Scenario 2003, 20(4):9-12



SITI WEB

www.med.unibo.it/reparti_servizi/cardiochir/index1.html

www.aniarti.it

www.cdc.gov

www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=PubMed

www.evidencebasednursing.it

Schede informative EBN per l'assistenza infermieristica, ostetrica e riabilitativa
Centro Studi EBN Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

● **“La salute: non mandiamola in fumo”**

Rocco Longo*

**Infermiere - DSITR Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi*

Il fumo è la seconda causa di morte nell'anno
I fumatori nel mondo sono 650 milioni
I morti nel mondo a causa del fumo sono 5 milioni
I fumatori nell'Unione Europea sono circa il 40% della popolazione (453.023.600)
I morti nell'Unione Europea a causa del fumo sono 1.250.000 ogni anno
In Italia sono 80.000 i decessi attribuibili al fumo ogni anno



PREMESSA

Il fumo di tabacco costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie, spesso croniche ed invalidanti, che influiscono negativamente sul benessere e sull'economia di ogni paese: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) rappresenta la principale causa delle morti evitabili nel mondo. È coinvolto nella patogenesi di almeno **otto tipi di cancro** (polmone, vie respiratorie, fegato, pancreas, esofago, stomaco, rene, cervice uterina, leucemia) e di diverse altre **malattie non tumorali**, ma potenzialmente mortali, quali il cuore polmonare, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, le coronaropatie, gli accidenti cerebrovascolari. Il fumo, inoltre, aumenta il rischio di aborti spontanei, di gravidanze extrauterine, di scarso peso alla nascita, nonché di difetti congeniti del nascituro. Numerose altre condizioni correlate al fumo di sigaretta sono responsabili di una notevole spesa sanitaria (vasculopatie periferiche, cataratte, parodontopatie). I danni causati dal fumo sono legati non solo al catrame (responsabile dei tumori), ma anche alla presenza di oltre quattromila¹ sostanze nocive contenute nel prodotto dalla combustione.

L'inalazione passiva del fumo di tabacco da parte di non fumatori è ugualmente associata ad effetti deleteri per la salute, anche se con minori livelli di rischio rispetto al fumo attivo.

Benché la prevalenza dei fumatori tra gli adulti si stia riducendo in molti paesi europei, il tabagismo tra gli adolescenti

è un fenomeno in continua crescita, soprattutto tra le ragazze. Ridurre questo fenomeno rappresenta una delle sfide attuali per gli operatori sanitari, per il Sistema sanitario e per i Programmi di sanità pubblica. Le raccomandazioni dell'OMS permettono di definire le linee direttrici necessarie a condurre un'efficace azione integrata contro il fumo di tabacco e identificano come principali i seguenti quattro ambiti d'intervento:

1. **Promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti**
2. **Assistenza e supporto alla disassuefazione**
3. **Controllo del fumo passivo**
4. **Comunicazione, formazione, ricerca e valutazione (trasversale ai primi tre)**

Di seguito, in ordine al fenomeno “fumo di tabacco” in Italia, si illustreranno i principali provvedimenti normativi, i dati di prevalenza, dei costi economici e di mortalità, nonché le strategie messe in atto dalle istituzioni italiane ed internazionali. Una particolare focalizzazione è riservata alla legge regionale dell'Emilia-Romagna, di recente emanazione e riportata quasi integralmente.

LA LOTTA CONTRO IL FUMO - RASSEGNA DELLE LEGGI E DEI PROVVEDIMENTI IN ITALIA

Si riportano, in sintesi, i principali riferimenti normativi italiani in materia di lotta contro il fumo di tabacco, partendo dal provvedimento più recente a quello più “datato”.

■ **Protocollo d'intesa tra ministero della Salute e Ferrovie dello Stato - 27 settembre 2007**

Estende il divieto di fumo alle stazioni italiane. Sarà, infatti, consentito fumare solamente sulle banchine dei binari, considerate “free smoking”. L'iniziativa rientra nella campagna “Guadagnare salute”².

■ **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri - 23 dicembre 2003**

Il decreto attuativo recepisce l'accordo tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla tutela della salute dei non fumatori, sancito nella seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome del 24 luglio 2003.

■ **Repertorio Atti n. 1814 - Conferenza Stato-Regioni 24 luglio 2003**

Accordo tra il ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla tutela della salute dei non fumatori così come indicato all'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3.