

**COS3.6****Progetto per una sala di elettrofisiologia a basso uso di scopia mediante l'applicazione estensiva di sistemi di mappaggio non fluoroscopico: risultati a 3 anni di un singolo centro**

A. Coser, M. Marini, D. Ravanelli, A. Valentini, R. Bonmassari, M. Del Greco

SC di Cardiologia, Ospedale S. Chiara, Trento

I sistemi di mappaggio non fluoroscopico (SMNF) sono stati proposti come un utile strumento nell'ablazione transcateretere con radiofrequenza (ATR) di aritmie complesse. Recenti studi dimostrano anche la loro possibilità di ridurre l'esposizione radiologica.

**Obiettivo.** Valutare l'impatto in termini di esposizione radiologica e durata delle procedure di un uso sistematico dei SMNF in un laboratorio di elettrofisiologia che dall'ottobre 2008 utilizza i SMNF per tutte le procedure di ATR.

**Metodi.** Presso il nostro laboratorio di elettrofisiologia dal 10/2008 tutte le ATR vengono eseguite utilizzando i due SMNF disponibili (Carto e EnSite NavX). Nel nostro laboratorio dal 2001 un SMNF (CARTO) è stato utilizzato solo per ATR di aritmie complesse e l'anno 2007 rappresenta quindi il riferimento di confronto. Abbiamo registrato per ogni procedura: tempo fluoroscopia (TF), esposizione radiologica espressa come Dose-Area-Prodotta (DAP) e durata procedurale totale (DP). Il nostro studio ha incluso 527 pazienti consecutivi sottoposti ad ATR da gennaio 2007 ad agosto 2011 [161 procedure di fibrillazione atriale (FA), 218 di tachicardia parossistica sopraventricolare, 117 di flutter/tachicardia atriale e 31 di tachicardia ventricolare].

**Risultati.**

	TF (min)			DAP (Gy*cm <sup>2</sup> )			DP (min)		
	Mediana	DS	p	Mediana	DS	p	Mediana	DS	p
2007	29.2	21.2		58.18	90.92		150	73.5	
2008	17.5	14.1	<0.0001	32.03	56.18	0.0003	130	66.2	NS
2009	10.5	11.1	<0.0001	18.78	42.47	<0.0001	140	57.6	NS
2010	6.9	9.0	<0.0001	11.02	23.62	<0.0001	130	62.5	NS
2011	6.2	6.8	<0.0001	11.48	20.88	<0.0001	130	56.8	NS

Per tutte le procedure si è osservata una progressiva riduzione di TF e DAP senza un incremento di DP già dal 2008. Vi è significatività statistica sia nel confronto di ogni anno con il 2007, sia confrontando anni consecutivi fino al 2010 compreso. Il trend positivo determina nel confronto 2007-2011 una riduzione di TF e DAP del 79% e 80% grazie a valori mediani di TF di 6 min. Nella sottoanalisi per le procedure di FA abbiamo osservato trend analoghi e nel confronto 2007-2011 vi è una riduzione di TF e DAP del 77% e 84%.

**Conclusioni.** Grazie ad un utilizzo sistematico dei SMNF in una sala a basso uso di scopia si può ottenere una riduzione drammatica dell'esposizione radiologica per pazienti ed operatori (circa 80%), giustificando i costi aggiuntivi. Nella nostra esperienza solo un uso frequente da parte dell'equipe dei SMNF consente però di ottimizzarne le potenzialità in termini di radioprotezione.

## SESSIONE 4

**Estrazione transvenosa degli elettrocateretri**

1

**COS4.1****Estrazione transvenosa dal seno coronarico di elettrocateretri per stimolazione del ventricolo sinistro ed alcuni casi complessi: esperienza di un singolo centro**E.V. Dovellini, A. Michelucci, L. Giurlani, E. Taddeucci, D. Antoniucci  
Dipartimento del Cuore e dei Vasi, AOU Careggi, Firenze

**Background.** Nell'ambito delle procedure di estrazione di elettrocateretri (EC) da stimolazione, le esperienze riguardo alla

rimozione di EC dal seno coronarico (SC) sono relativamente limitate.

**Scopo.** Valutare le indicazioni, l'efficacia e le complicanze della rimozione transcutanea di EC dal SC con sistema di trazione e dilatazione meccanica.

**Materiali e metodi.** Dal 2003 al dicembre 2011 abbiamo rimosso per via transvenosa 504 EC in 243 pazienti. Fra questi, 80 pazienti (70 maschi, età media  $71.2 \pm 9.7$  anni, minima 35, massima 88) sono stati sottoposti a rimozione di EC dal SC per un totale di 83 EC. Gli EC erano impiantati da un minimo di 1 mese ad un massimo di 109 mesi (media  $42.9 \pm 26.3$  mesi). Le indicazioni all'espianto sono state: 55 infezioni della tasca (68.8%), 15 sepsi (18.7%), 10 malfunzionamenti (12.5%).

**Risultati.** Tutte le procedure sono state eseguite per via transvenosa con accesso omolaterale al dispositivo. In 55 pazienti è stato necessario l'utilizzo di stilette autobloccanti e dilatatori meccanici in polipropilene per la presenza di aderenze sviluppatesi lungo il decorso dalla vena succlavia fino in atrio destro. Particolarmente difficoltosa è risultata l'estrazione di due EC Medtronic, ambedue modello Starfix, per la presenza di aderenze distali, a livello della vena target vicino alla punta dell'EC. Infatti questi EC sono dotati di alette, situate in prossimità della punta, che servono a facilitarne la stabilizzazione al momento dell'impianto ma che, a distanza di tempo, producono delle forti aderenze. Per rimuovere tali aderenze, che per la loro localizzazione non sono aggredibili con i consueti dilatatori, ci siamo serviti di cateteri guida (Medtronic mod. Attain Comnad 6250 da 57 cm, normalmente impiegati per posizionare gli EC) utilizzandoli alla stessa stregua dei dilatatori meccanici. Sono stati rimossi tutti gli EC. In un caso, l'estrazione di un EC Starfix è stata complicata da tamponamento cardiaco che ha richiesto la revisione chirurgica (paziente sopravvissuto). In tutti gli altri casi non si è verificata alcuna complicanza. Ad eccezione degli EC Starfix, tutti gli altri non hanno presentato aderenze a livello del sistema venoso del SC. La mortalità intra- e post-operatoria è stata dello 0%.

**Conclusioni.** Nel nostro centro, la rimozione di EC dal SC con procedura meccanica è risultata molto efficace e, nella maggior parte dei casi, sicura. La rimozione degli EC Starfix è invece particolarmente difficoltosa e può dar luogo a gravi complicanze.

**COS4.2****Sprint Fidelis vs Sprint Quattro: outcome clinici a lungo termine (Progetto Triveneto)**M.S. Baccillieri<sup>1</sup>, D. Facchin<sup>2</sup>, D. Catanzariti<sup>3</sup>, G. Molon<sup>4</sup>, G. Zanotto<sup>5</sup>, G. Morani<sup>6</sup>, M. Brieda<sup>7</sup>, L. Leoni<sup>8</sup>, E. Marras<sup>9</sup>, J. Comisso<sup>10</sup>, A. Grammatico<sup>10</sup>, R. Verlato<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Cardiovascolare, Ospedale Civile Pietro Cosma, Camposampiero, <sup>2</sup>Dipartimento Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera Universitaria, Udine, <sup>3</sup>Dipartimento Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera, Rovereto, <sup>4</sup>Cardiologia, Ospedale Sacro Cuore, Negrar, <sup>5</sup>Cardiologia, Azienda Ospedaliera, Legnago, <sup>6</sup>Dipartimento Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera Borgo Trento, Verona, <sup>7</sup>Cardiologia, Azienda Ospedaliera, Pordenone, <sup>8</sup>Dipartimento Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera, Padova, <sup>9</sup>Cardiologia, Azienda Ospedaliera, Conegliano, <sup>10</sup>CRDM, Medtronic Italia, Milano

**Introduzione.** Il corretto funzionamento degli ICD dipende dalla normale funzione degli elettrocateretri (EC). La famiglia di EC Medtronic Sprint Fidelis è stata oggetto di recall nel 2007 per un inatteso elevato tasso di malfunzionamenti, che in un follow-up successivo ha raggiunto il 4.9% a 40 mesi. L'impatto del possibile malfunzionamento di un EC Sprint Fidelis sulla mortalità tuttavia non è al momento un punto chiarito.

**Scopo.** Scopo di questa analisi è stato valutare l'outcome clinico a lungo termine dei pazienti impiantati con uno Sprint Fidelis in confronto a quello dei pazienti impiantati con un EC di famiglia diversa.

**Metodi.** 976 pazienti portatori di ICD (815 maschi,  $67 \pm 10$  anni) impiantati con EC Sprint Fidelis (507 pazienti) o EC Sprint Quattro (469 pazienti) sono stati seguiti in modo prospettico in 13 centri

cardiologici ubicati in Triveneto (Triveneto Project). Sono state raccolte informazioni mediante CareLink, controlli diretti, contatti telefonici, analisi di database amministrativi sulla sopravvivenza dei pazienti, il numero e tipo di interventi dell'ICD, le ospedalizzazioni, il numero di controlli ambulatoriali. La sopravvivenza è stata stimata usando il metodo Kaplan-Meier

**Risultati.** Durante un follow-up medio di  $27 \pm 18$  mesi, vi sono stati 29/976 (3%) malfunzionamenti dell'EC nell'intera popolazione, dei quali 27/507 (5.3%) nel gruppo Sprint Fidelis e 2/469 (0.1%) nel gruppo non-Fidelis. Nel gruppo Fidelis 57 pazienti hanno ricevuto 187 shock appropriati, 45 pazienti non-Fidelis ne hanno ricevuti 132 (p=NS). Ci sono stati 141 morti nell'intera popolazione: 73 nel gruppo Fidelis (follow-up medio  $34 \pm 14$  mesi) e 68 nel gruppo non-Fidelis (follow-up medio  $23 \pm 20$  mesi). Nessuna morte è risultata associabile a malfunzionamento dell'EC. All'analisi secondo Kaplan-Meier la sopravvivenza a 4 anni era  $79.8 \pm 2.5$  nel gruppo Fidelis vs  $69.9 \pm 3.9$  nel gruppo non-Fidelis,  $p=0.002$ . L'analisi multivariata mostrava un'associazione della mortalità con età media, impianto in prevenzione secondaria, sesso maschile, diabete e classe NYHA, ma non con il tipo di EC.

**Conclusioni.** In questa esperienza prospettica multicentrica la sopravvivenza dei pazienti non è risultata essere influenzata dall'impianto di un ICD con EC Sprint Fidelis. La mortalità osservata è risultata anzi minore nei portatori di Sprint Fidelis rispetto ad altri EC. Nessuna associazione tra morte e malfunzionamento dello Sprint Fidelis è stata osservata in questo studio.

### COS4.3

#### Masse endocavitarie post-estrazione di cateteri di PM/ICD

M. Vinci, P.G. Golzio, E. Pelissero, A.L. Fanelli, M. Anselmino, F. Ferraris, F. Gaita

Dipartimento Cardiovascolare-Toracico, AOU San Giovanni Battista, Cardiologia Universitaria, Torino

**Introduzione.** L'estrazione percutanea di cateteri di PM/ICD è una procedura standardizzata nei pazienti affetti da endocardite device-correlata. Nella nostra esperienza clinica, al controllo ecocardiografico nell'immediato post-operatorio, non è raro il riscontro di reperti ecocardiografici riferibili a masse endocavitarie, di interpretazione non univoca.

**Metodi.** Da maggio 2003 a novembre 2011 presso il nostro Centro sono stati estratti 316 cateteri di PM/ICD da 152 pazienti, nel 78% maschi, età media  $69.8 \pm 14.3$  anni, con diagnosi di endocardite (28%), decubito recidivante (40%), infezione locale (25%) e malfunzionamento (7%). Ogni paziente è stato sottoposto ad un ecocardiogramma transesofageo (TEE) pre-estrazione, per valutare presenza e dimensioni di eventuali vegetazioni a carico dei cateteri e ad un ecocardiogramma transtoracico (TTE) nell'immediato post-operatorio, per escludere eventuali complicanze.

**Risultati.** In 14 casi il TTE post-procedurale mostrava residui di masse endocavitarie. Questi pazienti sono stati seguiti nel tempo, raccogliendo dati clinici, laboratoristici ed ecocardiografici. I TEE sono stati eseguiti il giorno precedente l'estrazione (C0), entro 24h dalla stessa (C1) e al termine del follow-up (C2). Le masse endocavitarie repertate al controllo C1 erano ancora presenti al controllo C2 (9/14), ridotte nelle dimensioni (1/14), oppure del tutto inalterate per sede e dimensioni (8/14). Tutti i pazienti del gruppo osservato hanno ottenuto una guarigione completa e hanno potuto interrompere la terapia antibiotica, in media dopo  $7.6 \pm 6.1$  mesi. Alcuni pazienti hanno mantenuto la terapia anticoagulante necessaria per patologie concomitanti (4/14).

#### Sedi delle masse endocavitarie ai diversi controlli ecocardiografici.

Pz	Sede masse TEE C0	Sede masse TEE C1	Sede masse TEE C2
1	-	VT	VT
2	-	VT	VT
3	VA	VT; GVCS; VA	VT; GVCS; VA
4	Cat.	GVCS	-
5	Cat.; VT	VT	-
6	Cat.	GVCS	GVCS
7	GVCS	GVCS; VT	GVCS
8	GVCS	GVCS (2.6 cm)	GVCS ( $\downarrow$ a 1.2 cm)
9	Cat.	Atrio	Nuovo cat. atriale
10	VT	VT	VT
11	-	GVCS	GVCS
12	Cat.	Atrio	-
13	Cat.	GVCS	-
14	Cat.	Atrio	-

VT, valvola tricuspide; VA, valvola aortica; GVCS, giunzione vena cava superiore.

**Conclusioni.** La persistenza delle masse endocavitarie nonostante la guarigione clinica ed il loro riscontro in sedi diverse e non tipiche per vegetazioni endocarditiche, lascia dedurre che queste masse siano riferibili a residui di aderenze fibrose lisate dalla estrazione. La guarigione clinica risulta indipendente dal riscontro di masse endocavitarie post-estrazione, purché la rimozione del sistema di stimolazione cardiaca sia completa.

### COS4.4

#### Quando e perché non reimpiantare dopo la rimozione transvenosa degli elettrocateri: esperienza di un singolo centro ad alto volume di attività

S. Viani, G. Zucchelli, A. Di Cori, L. Segreti, E. Soldati, L. Paperini, R. De Lucia, A. Boem, D. Levorato, M.G. Bongiorno

UO Malattie Cardiovascolari 2,

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa

**Introduzione.** La strategia comunemente attuata dopo la rimozione di un dispositivo cardiaco elettronico impiantabile (PM/ICD) per un'infezione o un malfunzionamento è il reimpianto sistematico di un nuovo sistema. L'Heart Rhythm Society ha stabilito, in un recente consensus conference, che "ogni paziente dovrebbe essere attentamente valutato dopo la rimozione del sistema per stabilire le necessità del reimpianto". Questo studio valuta la fattibilità e la sicurezza di una strategia che non preveda il reimpianto sistematico alla dimissione in pazienti sottoposti a rimozione di un sistema impiantabile di defibrillazione o pacing.

**Metodi.** Da gennaio a dicembre 2010, 151 pazienti consecutivi; 121 M, 30 F; età media  $78 \pm 13$  anni sono stati sottoposti con successo a rimozione transvenosa di elettrocateri presso la nostra Unità Operativa. L'indicazione alla rimozione era di tipo infettivo nell'86% dei casi. Secondo quanto stabilito nel nostro protocollo ogni paziente veniva valutato dopo la procedura di estrazione per determinare la necessità di reimpianto sulla base di 1) classe di indicazione all'impianto ed eventuali variazioni, 2) ECG, 3) monitoraggio Holter, 4) valutazione elettrofisiologica (quando indicata), 5) preferenza del paziente.

**Risultati.** 20/76 (26%) pazienti portatori di PM e 9/75 (12%) pazienti portatori di ICD ( $p<0.05$ ) non venivano reimpiantati alla dimissione: 23 pazienti (79%) per assenza di indicazioni di classe I/II dopo un'accurata valutazione clinico-strumentale; 4 pazienti non PM dipendenti (14%; 1 PM, 3 ICD) per rifiuto al reimpianto e 2 pazienti portatori di ICD (7%) venivano dimessi con un defibrillatore indossabile (WCD) in attesa di reimpianto di device dopo almeno 2 mesi dalla procedura di rimozione per consentire una guarigione completa del processo infettivo. Globalmente il 19% dei pazienti veniva dimesso senza essere reimpiantato. Dopo un follow-up medio di  $19 \pm 4$  mesi non si verificava alcun decesso né ospedalizzazione per cause cardiovascolari. I 2 pazienti portatori di WCD venivano

sottoposti con successo al reimpianto di ICD come programmato circa 2-3 mesi dopo la procedura di rimozione.

**Conclusioni.** In un centro con elevata esperienza nella rimozione transvenosa di sistemi cardiaci impiantabili circa il 20% dei pazienti sottoposti a tale procedura non vengono reimpiantati alla dimissione. I pazienti portatori di PM sono sottoposti a reimpianto meno frequentemente dei pazienti portatori di ICD probabilmente a causa di indicazioni meno cogenti al momento del primo impianto o per una significativa variazione del quadro clinico-strumentale. I nostri dati preliminari dimostrano che una strategia di "non sistematico reimpianto", supportata da un'accurata valutazione clinico-strumentale pre-dimissione, può considerarsi sicura e garantire altresì, in caso di rimozione per cause infettive, la possibilità di differire l'impianto di un nuovo sistema alla completa risoluzione del processo settico riducendo così il rischio di reinfezione.

#### COS4.5

##### **Estrazione transvenosa di elettrocateri mediante sistema meccanico Evolution: esperienza della Cardiologia di Udine**

D. Facchin, S. Brigido, L. Rebellato, A. Proclemer  
*Cardiologia, Dipartimento Cardiotoracico, Udine*

**Introduzione.** Negli ultimi anni vi è stato un progressivo aumento del numero e delle indicazioni all'estrazione di elettrocateri nei pazienti portatori di dispositivi impiantabili. Il sistema meccanico Evolution (Cook Medical) si basa sull'impiego di guaine dilatatrici meccaniche e meccaniche potenziata con una lama rotante distale per permettere l'efficace rimozione degli elettrocateri ricoperti da materiale fibrotico e fibro-calcifico. Lo scopo di questo studio è di riportare l'esperienza della Cardiologia di Udine in termini di impiego, efficacia e sicurezza.

**Metodi.** Da gennaio 2009 a dicembre 2011, 28 pazienti sono stati sottoposti ad estrazione di elettrocateri mediante sistema Evolution. Tutte le procedure sono state effettuate nella sala di elettrofisiologia con stand-by cardiocirurgico. La tecnica di estrazione prevedeva la trazione con stiletto autobloccante e, in caso di inefficacia, l'utilizzo del sistema Evolution. Il successo completo della procedura consisteva nella rimozione completa dell'elettrocateri, mentre veniva considerato un successo parziale la persistenza di un frammento di elettrocateri di dimensioni <2 cm.

**Risultati.** Un totale di 28 pazienti (89% uomini, età media 66 anni, range 16-84) è stato sottoposto ad estrazione di 44 elettrocateri: 16 atriali (36%), 27 del ventricolo destro (61%) e 1 del seno coronarico (2%). Il tempo medio dall'impianto era 5 anni (range 6 mesi-20 anni). Le indicazioni all'estrazione sono state: infezione di tasca (6 casi), decubito di tasca (2 casi), malfunzionamento (9 casi), frattura del catetere (4 casi), alta soglia di defibrillazione del catetere (1 caso), estrazione per upgrading ad ICD (6 casi). Il successo clinico completo è stato ottenuto in 27/28 procedure (96%). Complicanze minori si sono verificate in 2 pazienti (transitoria ipotensione). Non vi sono state complicanze maggiori.

**Conclusioni.** Nella nostra casistica, l'estrazione transvenosa di elettrocateri mediante sistema Evolution si è dimostrata una tecnica di sicura applicazione ed elevata efficacia. Il sistema consente la scelta di dispositivi a progressiva aggressività che permettono il conseguimento del successo della procedura nella maggior parte dei casi.

#### COS4.6

##### **Rimozione transvenosa di elettrocateri per stimolazione e/o defibrillazione cardiaca: esperienza di un singolo centro dal 1997 al 2011**

M.G. Bongiorno, E. Soldati, L. Segreti, G. Zucchelli, A. Di Cori, R. De Lucia, S. Viani, L. Paperini, A. Boem, D. Levorato  
*U.O. Malattie Cardiovascolari 2, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa*

**Introduzione.** La rimozione transvenosa di elettrocateri per stimolazione (ECS) e defibrillazione (ECD) è oggi una tecnica molto

efficace con una bassa incidenza di complicanze maggiori. La complessità delle procedure fa sì che risultati e complicanze dipendano in grande misura dall'esperienza degli operatori e dalla disponibilità di approcci alternativi nei casi più difficili. Il presente lavoro riporta l'esperienza del nostro centro riguardo alla rimozione transvenosa di ECS ed ECD dal 1997 al 2011.

**Materiali e metodi.** Dal gennaio 1997 al novembre 2011 abbiamo trattato 1796 pazienti consecutivi (1380 uomini, età media 65.8 anni, mediana 70, range 3-95) portatori di 3226 cateteri (periodo medio di impianto 69.8 mesi, range 1-420). Gli ECS erano 2706 (1370 ventricolari, 1109 atriali e 227 in seno coronarico), gli ECD erano 520 (495 ventricolari, 9 atriali e 16 in vena cava superiore). Le indicazioni alla rimozione erano l'infezione nell'83% dei cateteri (sistemica nel 27%; locale nel 56%). Le procedure sono state eseguite mediante dilatazione meccanica usando il materiale della Cook Vascular (Leechburg PA, USA) e se necessario altri dispositivi intravascolari (Catchers e Lassos, Osypka, Grentzig-Whylen, G). L'approccio transgiugulare (AT) attraverso la vena giugulare interna è stato utilizzato in caso di elettrocateri intravascolari o di insuccesso della tecnica standard.

**Risultati.** La rimozione è stata eseguita in 3248 cateteri in quanto la tecnica è risultata inapplicabile in 8 ECS; 3160 di questi (2642 ECS, e 518 ECD) sono stati rimossi completamente (98.2%), 30 (0.9%) parzialmente rimossi e 28 (0.9%) non rimossi. Tra i 3137 elettrocateri esposti, 487 sono stati rimossi con trazione manuale (15.5%), 2357 con dilatazione meccanica attraverso la vena di ingresso (75.1%), 18 mediante approccio femorale (AF) (0.6%) e 217 con AT (7%). Tutti gli elettrocateri intravascolari sono stati completamente rimossi, il 24.7% con AF ed il 75.3% mediante AT. Nell'esperienza globale complicanze maggiori si sono verificate in 11 casi (0.61%): tamponamento cardiaco (10 casi, 2 decessi), emotorace (1 decesso).

**Conclusioni.** La nostra esperienza dimostra che la rimozione transvenosa di elettrocateri con dilatazione meccanica è una tecnica sicura ed efficace e con una bassa incidenza di complicanze se eseguita in centri con esperienza. L'uso di approcci alternativi come l'AT consente una elevata efficacia con rare complicanze nei casi di più difficile soluzione.

## SESSIONE 5

### **Monitoraggio remoto e follow-up dei dispositivi impiantabili**

#### COS5.1

##### **Gli aspetti medico-legali del monitoraggio a distanza**

F. Melandri<sup>1</sup>, A. Pozzolini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cardiologia, Nuovo Ospedale Civile, Sassuolo (MO),

<sup>2</sup>Cardiologia, Ospedale Santa Croce, Fano (PU)

Il monitoraggio remoto è in ampia espansione nel nostro paese, ma vi sono problemi organizzativi, gestionali e medico-legali che debbono essere noti a tutti per non incorrere in errore.

Le problematiche sono a cavallo tra gli aspetti inerenti alla Privacy e gli aspetti medico-legali. La Direttiva europea 1995/46/CE relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali è stata recepita nell'ordinamento italiano con la Legge n.675/96. A ciò hanno fatto seguito diversi interventi normativi poi culminati nel decreto legislativo n. 196/2003, il cosiddetto "Codice Privacy", che attualmente racchiude l'intera disciplina in materia di protezione dei dati personali. La titolarità del dato: "la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono, anche unitamente ad altro titolare, le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza". Le suddette informazioni sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono