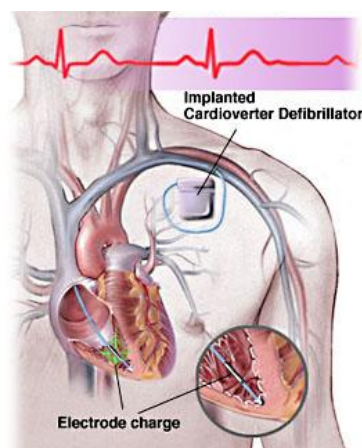
	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 4
	INFORMATIVA ALL'IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO (ICD)	Pag. 1 / 4

SCOPO DEL TRATTAMENTO:

Il defibrillatore automatico impiantabile, detto ICD, è uno speciale dispositivo costituito da un generatore di impulsi e, al massimo, tre "fili elettrici" (elettrocateri) che si connettono al ventricolo destro (MONOCAMERALE) e all'atrio destro (BICAMERALE). L'elettrocateri destinato al ventricolo destro è strutturato in modo da riconoscere ed interrompere anche le aritmie ventricolari maligne, causa di arresto cardiaco e morte improvvisa.


MODALITA' D'INTERVENTO:

- La procedura di impianto viene eseguita dai Cardiologi esperti in elettrofisiologia ed elettrostimolazione.
- Salvo diversa indicazione del medico o richiesta del paziente, la procedura viene effettuata in anestesia locale, previa somministrazione di un blando sedativo se necessario.
- L'impianto consiste nell'introdurre, attraverso una vena della spalla (vena succlavia), da 1 a tre elettrocateri.



- Queste manovre vengono effettuate durante controllo radioscopico (raggi X), in modo tale da seguire in tempo reale l'avanzamento dell'elettrocateri lungo i vasi venosi fino al cuore.
- Qualora si incontrassero delle difficoltà nel reperire la vena interessata, è possibile che si renda necessario somministrare piccole quantità di mezzo di contrasto.
- Nella fase successiva viene preparata una "tasca" sottocutanea per alloggiare lo stimolatore ed infine si procede alla sutura della ferita.
La "tasca" generalmente viene praticata sotto la clavicola sinistra, ma può essere collocata a destra nei pazienti mancini o in casi particolari: ostacolo all'avanzamento degli elettrocateri, anomalie anatomiche.
- Al termine della procedura la tasca viene chiusa con alcuni punti di sutura.

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Dott.sa Bevilacqua Michela Dott Oselladore Luca Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 4
	INFORMATIVA ALL'IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO (ICD)	Pag. 2 / 4

- Tutta la procedura richiede un atto chirurgico e pertanto viene eseguita in ambiente sterile. Trattandosi dell'impianto di un **defibrillatore**, potrà essere necessario verificare il suo funzionamento mediante l'induzione di una fibrillazione ventricolare: tale procedura richiede una breve anestesia generale.

Prima della dimissione del paziente dall'ospedale, sarà necessaria l'esecuzione di una radiografia del torace per confermare il corretto posizionamento dei cateteri o evidenziarne una possibile dislocazione, e un ulteriore e definitivo test di corretto funzionamento del defibrillatore mediante apposito programmatore.

RISCHI E INCOVENIENTI:


Durante il posizionamento dello stimolatore, vengono costantemente controllate le funzioni vitali e vengono prese tutte le precauzioni atte a ridurre al minimo eventuali inconvenienti. Tuttavia non è possibile escludere nella totalità dei casi alcune complicanze quali:

- Ematomi superficiali o in sede di tasca (1% dei casi)
- Lesioni del plesso nervoso (0.6%)
- Pneumotorace (formazione di una raccolta d'aria nel cavo pleurico, che spesso si riassorbe spontaneamente nel giro di alcuni giorni, ma che talvolta richiede il posizionamento di un tubo di drenaggio) nell' 1.5% dei casi
- Versamento pericardio fino al quadro severo di tamponamento cardiaco (raccolta di sangue nel sacco pericardico da perforazione del ventricolo, che richiede lo svuotamento mediante posizionamento di un apposito drenaggio) nell' 1% dei casi
- Lacerazione di vasi (0.6%) e raccolta di sangue nel cavo pleurico.
- Aritmie cardiache gravi come tachicardia ventricolare o fibrillazione ventricolare (0.4%)
- Infezione della tasca (0.2%) o erosione della cute sovrastante (0.3%)
- Sepsi (0.13%) o endocardite (infezione delle valvole cardiache (0.04%)
- Trombosi della vena succlavia (0.6%)
- Rottura dei cateteri (0.5%)
- Sposizionamento di un elettrodo (2%), che ne richiede il riposizionamento previa riapertura della tasca.

CONSEGUENZE AL MANCATO TRATTAMENTO:

Ovviamente, il rapporto fra i rischi corsi per la procedura ed i benefici attesi, sono nettamente a favore dei benefici: la morte improvvisa da aritmie ventricolari maligne è quasi del tutto abolita nei pazienti sottoposti ad impianto di defibrillatore.

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Dott.sa Bevilacqua Michela Dott Oselladore Luca Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 4
	INFORMATIVA ALL'IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO (ICD)	Pag. 3 / 4

La non esecuzione del trattamento impedisce al paziente di beneficiare di tali risultati ed al medico di ottimizzare il trattamento del paziente. Il rischio di peggioramento clinico e di morte aumenta.

ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA:

Un **DEFIBRILLATORE** viene impiantato quando la terapia medica non consente di ottenere risultati migliori nonostante sia prescritta in accordo con le moderne raccomandazioni delle società scientifiche nazionali ed internazionali.

A volte, per gli effetti collaterali dei farmaci oppure per intolleranze, non è possibile prescrivere la terapia medica migliore.

A tutt'oggi non esistono valide alternative farmacologiche nella prevenzione della morte improvvisa aritmica nei pazienti per i quali si ritiene necessario impiantare un defibrillatore.

DURATA DELLA PROCEDURA: 40-60 minuti

REGIME DI ASSISTENZA: La procedura viene eseguita in regime di ricovero ordinario e Lei dovrà rimanere a letto fino al giorno seguente. Se non compaiono controindicazioni verrà dimesso 48 ore dopo l'impianto previa l'esecuzione di un radiografia del torace.


RACCOMANDAZIONI:

La medicazione della ferita deve essere fatta esclusivamente dal personale preposto all'assistenza.

Si consiglia di controllare a domicilio la temperatura corporea e di dare tempestivamente comunicazione al servizio di cardiologia qualora si manifestasse la comparsa di febbre, gonfiore e arrossamento, presenza di sanguinamento o fuoriuscita di materiale sieropurulento.

In linea di principio, un pacemaker o il defibrillatore, che sono dispositivi medici impiantati per assistere il cuore, non possono prolungare la vita di una persona che si trova in fase terminale. Il loro scopo è sostenere il cuore, ma quando la morte è inevitabile, il cuore smetterà di rispondere agli impulsi elettrici del pacemaker a causa della cessazione di tutte le funzioni vitali. In questo contesto, si può considerare la disattivazione del pacemaker, specialmente se il paziente è in cure palliative e la sua sofferenza può essere alleviata evitando gli shock del defibrillatore, se presente, o prolungamenti inutili della vita.

<i>Data revisione</i>	29/06/2025	<i>Revisione</i>	Dott.sa Bevilacqua Michela Dott Oselladore Luca Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea
<i>Approvazione</i>	Dr. R. Valle	<i>Verifica</i>	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

	<p style="text-align: center;">UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle</p> <p style="text-align: center;">INFORMATIVA ALL'IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO (ICD)</p>	<p style="text-align: center;">Informativa N° 4</p> <p style="text-align: right;">Pag. 4 / 4</p>
--	--	---

AVVERTENZE SPECIALI

ALLERGIA ALLO IODIO: La procedura potrebbe prevedere la necessità di somministrare un mezzo di contrasto contenente Iodio, da non utilizzarsi nei soggetti con pregressi episodi allergici se non dopo trattamento medico particolare (pre-medicazione con antistaminici e cortisone) nelle 24 ore precedenti.

È necessario informare i medici di un'eventuale allergia allo iodio

ALLERGIA AGLI ANTIBIOTICI:

Prima ed eventualmente subito dopo la procedura possono essere somministrati ANTIBIOTICI per la profilassi delle infezioni. Eventuali allergie ad antibiotici devono essere tempestivamente segnalate.

STATO GRAVIDICO A causa dell'impiego di raggi X, è necessario informare i medici di un'eventuale gravidanza o possibile gravidanza in atto.

<i>Data revisione</i>	29/06/2025	<i>Revisione</i>	Dott.sa Bevilacqua Michela Dott Oselladore Luca Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea
<i>Approvazione</i>	Dr. R. Valle	<i>Verifica</i>	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

UO/Servizio di _____

Ospedale/Distretto di _____

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI (a cura del medico proponente)

1) Dati identificativi dell'**assistito/a**:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

1a) Dati del **legale rappresentante** (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale; tutore, amministratore di sostegno, ...)

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

NB: va allegato l'atto di nomina.

PARTE II – Eventuale DELEGA del CONSENSO INFORMATO

2) Io sottoscritto/a _____

in data ___/___/_____ alle ore _____ **dichiaro di DELEGARE a ricevere le informazioni e ad esprimere il consenso** in mia vece

il/la sig./ra Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

3) Firma del delegato _____

4) Firma del paziente _____

5) Firma e Timbro del medico _____

PARTE III – DATI SANITARI E INFORMATIVA (a cura del medico proponente)

6) Sintesi situazione clinica: _____

7) Atti sanitari proposti:

8) **Informativa:** dichiaro di aver fornito al/alla Sig./a _____ l'informazione sugli atti sanitari proposti.

9) Data: _____ ore: _____ 10) Firma e Timbro del medico _____

PARTE IV – ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO *(Parte a cura del dell'equipe medica-chirurgica esecutrice)*

Io sottoscritto/a _____ dichiaro:

11) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti, attraverso:

colloquio informativo con intervento dell'interprete/mediatore culturale sig./sig.ra _____

i moduli relativi agli atti sanitari proposti, consegnati e spiegati dal dott. _____

il colloquio informativo con il dott. _____ avvenuto il giorno ___/___/___ alle ore _____;

12) di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri;

13) di esprimere (barrare la scelta) **CONSENSO** / **DISSENSO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti.

14) Osservazioni _____

15) Data _____ ore: _____ 16) Firma _____

17) Firma del Legale Rappresentante _____

18) Firma e Timbro del Medico _____

PARTE V – REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

19) Io sottoscritto/a _____

in data ___/___/___ alle ore _____ **dichiaro di REVOCARE il consenso** ai seguenti atti sanitari

sopra riportati: _____

20) Firma _____

21) Firma del Legale Rappresentante _____

22) Firma e Timbro del medico _____

23) **NOTE:**

