

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome****data di nascita**

Quali sono le sue condizioni di salute?	Sono stato informato di essere affetto da una o più delle seguenti condizioni ☐ Recente arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare o tachicardia ventricolare sostenuta ☐ Cardiopatia ischemica con disfunzione ventricolare sinistra ☐ Cardiopatia non ischemica con severa disfunzione ventricolare sinistra ☐ Cardiomiopatia con potenziale rischio di arresto cardiaco/morte improvvisa ☐ Altro _____
Trattamento proposto:	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE TRANSVENOSO (ICD)
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e qual è la procedura operativa?	Il defibrillatore impiantabile (o ICD, dall'inglese Implantable Cardioverter Defibrillator) è un dispositivo utilizzato per interrompere aritmie potenzialmente mortali, tramite differenti tipi di impulsi elettrici. E' un dispositivo, collegato al cuore attraverso uno o due fili elettrici, chiamati elettrocateri, che si inseriscono dentro il ventricolo destro e l'atrio destro. DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO: L'intervento viene generalmente effettuato in anestesia locale. La sua durata dipende da diversi fattori, in particolare dal tipo di dispositivo, e numero di elettrocateri impiantati e dalla sua anatomia. L'intervento inizia con una incisione cutanea, generalmente sotto la clavicola sinistra che serve a preparare uno spazio ("tasca") sotto la pelle per l'alloggiamento del dispositivo. Da qui sono poi inseriti attraverso una o più vene gli elettrocateri che saranno posti all'interno del cuore. Le vene selezionate per l'introduzione dei cateteri possono essere isolate chirurgicamente o punte sotto controllo radiologico e/o ecografico. Talora può essere necessaria la somministrazione di un liquido visibile ai raggi X (mezzo di contrasto), contenente iodio per visualizzare l'anatomia venosa. Posizionati gli elettrocateri dentro il cuore sotto controllo radiologico, si eseguiranno alcune misure elettriche, per essere certi della loro posizione ottimale, e i cateteri verranno collegati al dispositivo che sarà collocato nella tasca chirurgica. Infine si chiuderà la ferita, applicando alcuni punti di sutura sottocutanei e cutanei. In casi selezionati, dopo la procedura di impianto dell'ICD può rendersi necessaria l'esecuzione di un test di defibrillazione, che ha la finalità di verificare la capacità dell'ICD di riconoscere e trattare efficacemente l'arresto cardiaco indotto. Il test di defibrillazione consiste nell'indurre un'aritmia ventricolare maligna (fibrillazione ventricolare o tachicardia ventricolare) con il defibrillatore impiantato (in genere mediante erogazione di una scarica di corrente alternata) e nel verificare che lo stesso sia in grado di riconoscere e trattare efficacemente l'aritmia indotta mediante uno shock. In casi estremamente rari il defibrillatore impiantato può non riconoscere e/o non interrompere l'aritmia indotta. In questi casi il medico interviene con un defibrillatore esterno interrompendo immediatamente l'aritmia. Il test di defibrillazione viene eseguito in corso di sedazione profonda o in anestesia generale con la presenza di un'anestesista.

Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	L'ICD riconosce e interrompe tempestivamente le aritmie ventricolari gravi che possono essere causa di morte improvvisa. A tale scopo L'ICD può erogare: 1) una o più scosse (shock) elettriche ad alta energia, utilizzate generalmente per interrompere aritmie più rapide e/o irregolari (p. es in caso di arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare); 2) una o più brevi stimolazioni cardiache, in grado di interrompere, in maniera del tutto asintomatica, tachicardie meno rapide e più regolari. Inoltre, in caso di rallentamento della frequenza cardiaca, l'ICD è in grado di stimolare il cuore in modo analogo a un normale pacemaker.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Dopo l'intervento: In linea generale, qualora non siano presenti altre motivazioni cliniche, la dimissione dopo un impianto di ICD avviene dopo 48 ore dall'impianto. Il periodo necessario per un recupero funzionale è di circa 15 gg, per consentire un'adeguata cicatrizzazione della ferita chirurgica. La rimozione di eventuali punti di sutura esterni (o il controllo delle ferite, in caso di sutura che non prevede la rimozione dei punti) è prevista dopo circa 7-10 gg. Controlli successivi: Dopo la dimissione è necessario seguire tutte le disposizioni e i trattamenti prescritti; in particolare, vi sono dei controlli periodici (1-4/anno), cui sottoporsi presso un centro di elettrostimolazione abilitato. È inoltre necessario che lei sappia che: • vi possono essere limitazioni o proibizioni alla guida dell'automobile o al rinnovo della patente, specie per uso pubblico o commerciale; • la batteria che consente il funzionamento del defibrillatore si esaurisce nel giro di alcuni anni, al termine dei quali il dispositivo andrà sostituito con uno nuovo; • una sostituzione del dispositivo potrà rendersi necessaria anche in caso di malfunzionamenti dell'ICD che, sebbene molto rari, possono verificarsi in maniera a volte imprevedibile, come per qualunque dispositivo elettronico. • esistono delle situazioni nelle quali, in accordo con la sua volontà, il ICD può essere disattivato, sospendendo tutte le terapie elettriche delle aritmie. • Precauzioni: il portatore di un ICD deve prestare alcune attenzioni ed osservare alcune regole di comportamento. In particolare, si raccomanda di: • rivolgersi tempestivamente all'ambulatorio PM/ICD di pertinenza in caso di comparsa di dolenzia o tumefazione o arrossamento in corrispondenza della ferita chirurgica, assottigliamento della cute, aderenza della cute ai piani profondi, febbre di origine non giustificata; • evitare di esporsi a campi magnetici particolarmente potenti, soprattutto di origine elettromedicale (risonanza magnetica, magneto-terapia, ecc); alcuni apparecchi sono compatibili con la risonanza magnetica cardiaca, ma richiedono programmazioni e procedure particolari; • informare il chirurgo, l'anestesista e il cardiologo circa la presenza del dispositivo impiantato, nel caso di un futuro intervento chirurgico, con necessità d'impiego dell'elettrobisturi, per poter riprogrammare l'apparecchio allo scopo di evitare disfunzioni dell'ICD nel corso dell'intervento operatorio; • rivolgersi immediatamente al Pronto Soccorso più vicino, in caso di sincope (svenimento); • mettersi in contatto con il nostro o con altri centri presenti sul territorio nazionale per interrogare l'ICD nel caso della percezione di una o più scariche elettriche nel torace, causate dall'intervento dell'ICD. L'intensità della corrente emanata può essere variamente percepita da ogni paziente, da una sensazione di semplice fastidio al torace sino ad un vivo dolore. In altri casi, la percezione soggettiva della scarica può non corrispondere ad un intervento effettivo

	dell'apparecchio, ma essere legata ad un particolare stato di apprensione e reattività del paziente;
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Mi è stato spiegato che qualora decidessi di non sottopormi all'impianto dell'ICD non vi è la possibilità di ridurre il rischio di morte cardiaca improvvisa.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	Le possibili complicanze del trattamento si possono avere durante l'intervento o nelle ore, nei giorni e nei mesi successivi. Le complicanze più frequenti che possono manifestarsi includono: pneumotorace, versamento ematico nel pericardio, aritmie severe (bradicardie o tachicardie), versamento siero-ematico nella tasca sottocutanea (ematoma), erosione della cute sovrastante lo stimolatore e gli elettrocateri, trombosi delle vene del braccio, infezioni localizzate o sistemiche, spostamento degli elettrocateri dalla sede iniziale con necessità di riposizionamento degli stessi, e quindi di reintervento. Il trattamento di tali complicanze può prevedere interventi aggiuntivi anche invasivi che possono prolungare la successiva degenza. Nella letteratura medica sono stati descritti sporadici casi di decesso durante la procedura. Di seguito sono riportate le percentuali di complicanze per l'impianto dell'ICD secondo i dati della letteratura medica: • Mortalità ospedaliera e a 30 giorni 0.2-0.7% • Dislocazione elettrodi 0,6-1% • Pneumotorace 0.9% • Ematoma della tasca 2,2-2,4% • Infezione/decubito 0,5-2,3% • Versamento pericardico 0,1-0,8% • Trombosi della vena succlavia 0,4-0,7% Tutti i defibrillatori impiantabili possono erogare shock inappropriati (ad es. per aritmie atriali con frequenza ventricolare molto elevata o per altri fenomeni elettrici interpretati da dispositivo come aritmie ventricolari). Tali interventi possono essere dolorosi, talora portare a transitoria perdita della coscienza, provocare altre aritmie e possono richiedere la riprogrammazione dell'apparecchio (generalmente senza necessità di intervento chirurgico). Dai dati della letteratura l'incidenza d'interventi inappropriati va dal 7 al 13%
Quali sono le alternative al trattamento proposto, se ci sono, e quali i benefici e/o complicanze o effetti indesiderati conosciuti delle alternative?	Non esistono alternative clinicamente valide a questo trattamento nel ridurre il rischio di morte improvvisa.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'intervento verrà eseguito da un'equipe composta da: uno o più dei medici della struttura con le competenze necessarie per eseguire la procedura; un anestesista qualora sia necessaria l'anestesia generale; uno o più infermieri professionali del laboratorio di Elettrofisiologia/Elettrostimolazione; un tecnico di cardiologia

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
