

TRATTAMENTO CONSERVATIVO/ENDODONTICO DEL DENTE DECIDUO DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E SUCCESSIVO CONSENSO

La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta del luogo di cura e del medico e sull'individuazione e condivisione del percorso terapeutico nelle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione con il paziente persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa (art. 20 Codice di Deontologia Medica).

Quindi un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che gli interessati abbiano dato il loro consenso che deve essere libero e informato⁽⁴⁾. Questo in quanto, io sottoscritto odontoiatra, non posso intraprendere né proseguire procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato. Non posso ovviamente procedere in presenza di dissenso che anche in questo caso deve essere successivo ad adeguata informazione (art. 35 Codice di Deontologia Medica).

Per dare la possibilità di scegliere, se iniziare o meno il percorso diagnostico terapeutico, presento questo modulo, riassuntivo rispetto a quanto già detto oralmente, contenente un'informazione adeguata allo scopo e alla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. In qualsiasi momento può, liberamente ritirare il consenso e interrompere la terapia⁽⁴⁾. Devo garantire al paziente e al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che la/il bambina/o, con l'aiuto dei genitori o del tutore, dovrà osservare nel processo di cura. Risponderò ad ogni richiesta di chiarimento (art. 33 Codice di Deontologia Medica).

Garantisco il mio massimo impegno e competenze nell'attività riservata alla mia professione di appartenenza ma non assumerò compiti che eventualmente si dovessero palesare, o che mi dovessero essere richiesti, che non sia in grado di soddisfare o che non sia legittimato a svolgere (art. 21 Codice di Deontologia Medica), oppure prestazioni in contrasto con la mia coscienza o con i miei convincimenti tecnico-scientifici (art. 22 Codice di Deontologia Medica).

Se riterrò interrotto il rapporto di fiducia con il paziente e/o con il suo rappresentante legale, posso risolvere la relazione di cura con tempestivo e idoneo avviso, proseguendo la mia opera sino alla sostituzione con altro collega, cui trasmetterò le informazioni e la documentazione utile alla continuità delle cure, previo consenso scritto da parte dei genitori o del tutore (art. 28 Codice di Deontologia Medica) che potrò annotare anche solo sul diario clinico e nel pieno rispetto della normativa sulla privacy.

Cercherò di garantire la continuità delle cure anche, in caso di mia indisponibilità o di impedimento e assicurerò, se possibile, la mia sostituzione informandola il prima possibile (art. 23 Codice di Deontologia Medica). Le fornirò comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione (art. 22 Codice di Deontologia Medica) consigliando, all'occorrenza, consulenti o luoghi di cura ritenuti idonei al caso rimanendo suo diritto di decidere il luogo di cura ed il medico (art. 27 Codice di Deontologia Medica).

Anche se il paziente è un minore terrò in adeguata considerazione le sue opinioni in tutti i processi decisionali che lo riguardano (art. 35 Codice di Deontologia Medica). Garantisco allo stesso minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale (art. 33 Codice di Deontologia Medica).

Acquisisco il consenso in forma scritta, pur non essendo obbligatoria tale modalità (art. 35 Codice di Deontologia Medica).

Terapia prospettata

Cura conservativo/endodontica del/dei

Cos'è

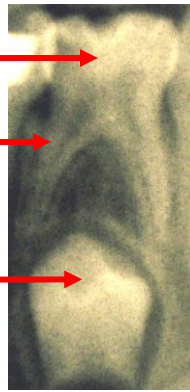
E' quella branca della pedodontia (odontoiatria dei bambini) che si occupa del recupero dell'anatomia dentale dei denti decidui (comunemente detti "da latte") compromessi da carie.

Nei bambini, in genere, sono presenti solo dei denti decidui fino all'età di 6 anni circa. In seguito presentano una dentatura mista caratterizzata dalla presenza di denti decidui e permanenti. Al di sotto di ogni dente da latte c'è un dente permanente, a parte nei casi di anomalie di sviluppo, oppure agenesia (assenza di denti).

CORONA DEL DENTE DA LATTE
(parte visibile al di fuori della gengiva)

RADICE DEL DENTE DA LATTE
(parte inserita all'interno dell'osso)

GERME DEL DENTE PERMANENTE
(dente permanente ancora non completamente formato)



In cosa consiste il trattamento conservativo e/o endodontico dei denti decidui?

Si possono presentare tre situazioni:

- Consiste nell'asportazione del tessuto cariato e nella ricostruzione del dente mediante un'otturazione in genere con materiali compositi o vetroionomerici (sono tutti materiali bianchi). Questo è possibile farlo se non c'è contaminazione della polpa dentaria.
- Consiste nell'asportazione totale (pulpectomia) della polpa dentaria, comunemente detta "nervo", contenuta all'interno della corona e della radice del dente, nella sagomatura e detersione dei canali radicolari per la completa eliminazione del materiale organico e inorganico e infine nel loro riempimento tridimensionale mediante delle paste disinfettanti riassorbibili. Questo è necessario farlo se c'è contaminazione della polpa dentaria del dente "da latte", a causa della carie. Questa è la situazione che si riscontra più facilmente.
- Consiste nell'asportazione parziale (pulpotomia) della polpa dentaria, comunemente detta "nervo", contenuta all'interno solo della corona del dente. Questo è necessario farlo se c'è contaminazione della polpa dentaria del dente "da latte", a causa della carie, solo in particolari condizioni della polpa del dente deciduo e in base al suo stadio di sviluppo.

Perché è necessario il trattamento conservativo e/o endodontico dei denti decidui?

E' necessario per impedire la progressione della distruzione del dente "da latte" con conseguente probabile dolore, gonfiore per la formazione di ascessi per impedire inoltre che la lesione alla base delle radici si possa diffondere al dente permanente che si trova all'interno dell'osso con probabili danni di sviluppo. Se la compromissione è tale da dovere estrarre il dente questo può provocare delle alterazioni di posizione dei futuri denti permanenti e di sviluppo delle ossa mascellari.

Quando non è necessario il trattamento conservativo e/o endodontico dei denti decidui?

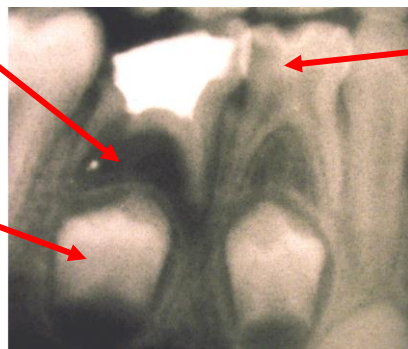
Non è necessario se l'elemento dentario deciduo è prossimo alla caduta oppure non è recuperabile per l'esigua quantità di tessuto sano residuo. In quest'ultimo caso si procederà con la sua estrazione. Si estrae anche nei casi in cui gli elementi dentari decidui, nonostante la cura endodontica dovessero continuare a provocare dolore oppure fenomeni ascessuali. Ciò può avvenire in virtù del fatto che il dente deciduo, in fase di riassorbimento radicolare, non permette un corretto sigillo e isolamento dei materiali utilizzati per la sua cura favorendo un continuo accesso da parte dei batteri.

LESIONE CHE SI È FORMATA A SEGUITO DI UN PROCESSO CARIOSO

(zona scura indicata dalla freccia)

E' GIÀ EVIDENTE LA VICINANZA DELLA LESIONE CON IL GERME DEL DENTE PERMANENTE

In questo caso il dente è difficilmente recuperabile. Sarà indicata l'estrazione



CARIE DEL DENTE DA LATTE
(zona scura indicata dalla freccia)
CON INTERESSAMENTO DEL NERVO

(visibile radiograficamente come la porzione nera all'interno della corona e della radice del dente)

In questo caso il dente è mantenibile con un trattamento endodontico

Fasi operatorie in caso di estrazione

Si distende il paziente sulla poltrona odontoiatrica (non è possibile lavorare con il paziente seduto) si somministra anestesia locale. Si procede con l'utilizzo di strumenti dedicati alla mobilizzazione dell'elemento dentario. Una volta completata questa prima fase si procede alla lussazione dell'elemento dentale. L'estrazione dentale è completata con l'utilizzo di idonee pinze. In tutte queste fasi è normale avvertire dei rumori, spingere e

tirare.

Fasi operatorie del trattamento conservativo da eseguirsi anche in più sedute

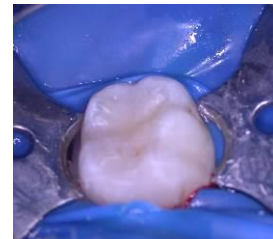
- Si distende il paziente sulla poltrona odontoiatrica (non è possibile lavorare con il paziente seduto). Se possibile, esecuzione di una radiografia endorale pre operatoria dell'elemento dentario da trattare, e/o visione di una RX OPT (comunemente conosciuta come "panoramica"). Gli esami radiografici sono eseguiti, o comunque richiesti, nel pieno rispetto dei principi di giustificazione (cioè ci deve essere un valido motivo, in questo caso diagnostico, per eseguire gli esami) e ottimizzazione (quindi si usano le apparecchiature e le tecniche radiografiche che comportino una minore esposizione in termini di tempo e emissione di radiazioni ionizzanti per i pazienti), imposti dalle normative vigenti, dal Codice Deontologico e dall'etica che dovrebbe guidare ogni professione medica. In sostanza l'esposizione alle radiazioni ionizzanti è mantenuta al livello più basso ragionevolmente ottenibile, compatibilmente con le esigenze diagnostiche odontoiatriche, e sono giustificate dai vantaggi che ne possono derivare, dal punto di vista terapeutico, per il soggetto esposto;
- se necessaria si esegue una anestesia locale eventualmente preceduta da una pomata preanestetica oppure crio spray. Ciò comporta la sensazione di avere formicolio e gonfiore nella zona di interesse;
- se possibile isolamento del campo operatorio mediante un foglio di gomma (diga) teso da un archetto e ancorato al dente da un uncino metallico. In alternativa si isola con altri ausili tecnici;
- eliminazione totale del tessuto dentale rammollito (carie) oppure la sua rimozione in maniera selettiva, sempre se ciò risulti possibile, per evitare l'esposizione del tessuto pulpare. Ciò comporta quindi l'uso di strumenti che provocano rumore, emissione di acqua e vibrazione;
- otturazione con il materiale prescelto definitivo o provvisorio nel caso in cui occorranò più sedute.



Elemento dentario cariato



Asportazione del tessuto cariato



Ricostruzione con il materiale prescelto

Fasi operatorie del trattamento endodontico (pulpectomia o pulpotomia) da eseguirsi anche in più sedute

- Si distende il paziente sulla poltrona odontoiatrica (non è possibile lavorare con il paziente seduto). Se possibile, esecuzione di una radiografia endorale pre operatoria dell'elemento dentario da trattare e/o visione di una RX OPT (comunemente conosciuta come "panoramica");
- si esegue una anestesia locale eventualmente preceduta da una pomata preanestetica oppure crio spray. Ciò comporta la sensazione di avere formicolio e gonfiore nella zona di interesse;
- se possibile isolamento del campo operatorio mediante un foglio di gomma (diga) teso da un archetto e ancorato al dente da un uncino metallico. In alternativa si isola con altri ausili tecnici;
- eliminazione del tessuto dentale rammollito (carie) e/o apertura della camera pulpare (zona più superficiale in cui è presente il nervo) attraverso la corona dentale (parte di dente visibile al di fuori della gengiva). Ciò comporta quindi l'uso di strumenti che provocano rumore, emissione di acqua e vibrazione;
- localizzazione del o dei canali radicolari, determinazione, se possibile, della loro lunghezza mediante radiografie endorali;
- asportazione della polpa dentaria, sagomatura dei canali radicolari attraverso strumenti manuali e rotanti in acciaio e/o nichel titanio, nella loro detersione, quando consentito dall'anatomia della radice, mediante particolari sostanze;
- riempimento dei canali radicolari mediante un materiale disinfettante riassorbibile;
- otturazione con il materiale prescelto definitivo o provvisorio nel caso in cui occorranò più sedute.

Quali sono le fasi che precedono la cura odontoiatrica vera e propria?

Salvo i casi in cui sia necessario intervenire il prima possibile è indicato approcciarsi con almeno una prima seduta conoscitiva per instaurare fiducia del bambino nei confronti del dentista. Si fanno conoscere gli strumenti e si spiega, con parole e frasi non tecniche, ma adatte all'età del bambino, cosa si andrà a fare. Nella seduta dedicata alla prestazione vera e propria si mettono in pratica le fasi precedentemente descritte al bambino cercando di concludere la singola seduta.



Piccolo paziente durante la terapia odontoiatrica

Farà male?

Durante il trattamento, il dolore è assente, a parte in alcuni casi. Durante la fase di iniezione dell'anestetico, nonostante l'applicazione di un preanestetico topico che dovrebbe ridurre il dolore legato alla puntura, il bambino può reagire nei modi più svariati dall'assenza di reazione (quindi c'è già una parziale accettazione di questo leggero e momentaneo fastidio) sino al pianto.

Può essere presente un leggero indolenzimento nei due o tre giorni successivi alla cura o una lieve sensibilità del dente alla masticazione, che può permanere anche per due settimane.

Imprevisti

E' possibile che, anche a breve distanza di tempo, i denti curati possano ricariarsi e/o provocare ascessi con la conseguente necessità di dovere eseguire un'altra terapia odontoiatrica fino alla necessità di estrazione. Tutto questo non è ovviamente prevedibile.

Questo avviene a causa delle condizioni cliniche e anatomiche tipiche della dentizione con solo denti "da latte" oppure mista (presenza simultanea di denti "da latte" e permanenti).

Non è sempre possibile realizzare la terapia in un'unica seduta. Non è sempre possibile ricostruire gli elementi dentari con materiali definitivi. In questi casi si utilizzano materiali provvisori che potrebbero anche successivamente staccarsi.

Possibili alternative?

Non eseguire nessuna cura oppure estrarre l'elemento dentario.

Quanto tempo occorre per eseguire la cura?

Le singole sedute comportano un impegno di tempo dai 30 minuti a circo un'ora. Il trattamento conservativo si conclude, in genere, in una singola seduta, mentre per i trattamenti endodontici possono essere necessarie più sedute.

Come possono i genitori aiutare l'odontoiatra?

Trattare i giovani paziente non è facile e non è sempre possibile riuscire a concludere le terapie indicate. Lo scoglio più grande da superare è la fobia per il dentista. La fobia nasce o da precedenti esperienze negative oppure per quanto viene trasmesso da altri, in particolare dai genitori o comunque dai parenti più stretti.

Andare dal dentista deve diventare qualcosa di naturale e scontato per mantenere un'adeguata salute del cavo orale. Per facilitare questo si propongono questi semplici regole:

1) non utilizzare il dentista, e quello che fa, a scopo punitivo o costrittivo. Ad esempio non utilizzare queste frasi: "*se non fai il bravo ti porto dal dentista*", "*se non mi dai retta di faccio togliere un dente*", "*smettila altrimenti ti faccio fare una puntura dal dentista*".

2) Non rendere la visita dal dentista come qualcosa di straordinario e al di fuori della norma. Non è corretto fare accompagnare il piccolo paziente da "troppi parenti", Ad esempio i genitori con i nonni. Il bambino percepirà l'anomalia.

3) Non associare il dentista al dolore. Non riportare questa frase: "*non preoccuparti non sentirai niente*". Oppure alla fine della terapia dire: "*hai visto che non hai sentito niente*". Inevitabilmente il bambino associa il dentista al dolore e, anche se collaborativo, renderà l'esperienza negativa.

4) In assenza di collaborazione da parte del bambino non accorrere in suo aiuto entrando nell'area operativo. Non dimostrare di essere dei genitori apprensivi. Tutto ciò non farà altro che abbassare la sua autostima. Non si riuscirà mai a convincerlo. Se non si riesce a creare il giusto rapporto, è indicato provare in un secondo momento, oppure cambiare odontoiatra e studio. Sarà il tuo stesso dentista a consigliartelo

5) Una volta accompagnato nell'area operativa e acquisita la giusta confidenza con l'odontoiatra uscire dall'ambulatorio.

6) Non banalizzare quanto deve essere fatto dal medico in particolare comunicare tempistiche non reali. Ad esempio dire: "*non preoccuparti ci metterò un secondo*", "*è un attimo poi andiamo via*". Ai bambini devono essere dette le cose reali nei giusti modi ma non riferire cose false.

7) mai riportare esperienze personali negative dall'odontoiatra.

8) Cercare di non spiegare al bambino cosa sta facendo il dentista. Il rischio è quello di riportare frasi o parole non piacevoli. Esempio: "*hai visto la siringa che ago lungo che ha!*".

9) Mai compatire il bambino: Es: "*Poverino hai dovuto fare l'anestesia!*". E' sbagliato in quanto il bambino deve capire ed accettare che si tratta di cose necessarie, anche se non piacevoli.



Per eseguire una terapia corretta è necessaria una sinergia tra operatori, genitori e paziente

10) Mai sminuire quanto detto dal medico ma supportarlo in tutte le sue affermazioni. Questo è possibile dal momento che avete deciso di affidarvi a quel sanitario e quindi lo ritenete valido per affrontare certi atti medici.

Rischi e complicanze. Sono tutti possibili con una maggiore probabilità per quelli evidenziati

- Ferite dei tessuti molli come labbra, guance, lingua anche per movimenti accidentali del paziente o ristrettezza dello spazio. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Enfisema sottocutaneo per penetrazione di aria sotto i tessuti molli dovuti all'utilizzo, a volte inevitabile, degli strumenti rotanti dinamici. Come conseguenza l'aria può rimanere localmente al sito chirurgico o continuare a diffondersi lungo il piano del tessuto connettivo lasso. Ciò comporta gonfiore locale, tensione della pelle e crepitio alla palpazione. Nei casi estremi l'aria può passare attraverso lo spazio masticatorio nelle aree parafaringee e retrofaringee penetrando nel mediastino o enfisema cervico-facciale, enfisema mediastinico e/o pneumotorace. In questi ultimi casi, estremamente rari, è necessario il ricovero ospedaliero d'urgenza con conseguente ricovero e intervento chirurgico, generalmente, in narcosi. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Processi infettivi (setticemia, endocardite batterica) ad esempio, ma non necessariamente, in pazienti defedati, immunocompromessi o con valvulopatie e protesi valvolari e possibile conseguente ricovero ospedaliero. Evento rarissimo ma possibile solo in pazienti predisposti per patologie preesistenti anche non conosciute.
- Ematoma e/o ecchimosi. Evento raro.
- E' possibile che si possano verificare, nei pazienti predisposti se non individuate in fase di visita, fobie e reazioni psicologiche negative quali attacchi di panico che possono provocare tachicardia, sudorazione, sino alla svenimento.
- Ingestione involontaria di frammenti di dente, di materiale organico, piccolo strumentario o prodotti ad uso odontoiatrico. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Tutti i rischi conseguenti all'assunzione dei farmaci eventualmente prescritti prima e dopo la terapia odontoiatrica.
- Reazioni allergiche ai materiali impiegati.
- Riflesso del vomito accentuato dalla prestazioni odontoiatriche in pazienti predisposti.

Rischi e complicanze conseguenti all'anestesia loco regionale

- Rottura dell'ago. Evento rarissimo.
- Sensazione di dolore e bruciore durante l'iniezione. Evento frequente.
- Complicanze infettive. Evento rarissimo.
- Complicanze emorragiche quindi sanguinamento prolungato e non controllabile. Evento rarissimo ma possibile solo in pazienti predisposti per patologie preesistenti o particolari farmaci assunti.
- Ematomi cioè la raccolta localizzata di sangue in un tessuto conseguente alla rottura dei vasi sanguigni. Evento rarissimo.
- Trisma cioè una contrattura dei muscoli della bocca che provoca difficoltà o impossibilità ad aprirla. Evento rarissimo.
- Edema cioè la presenza di una quantità di liquido superiore alla norma negli spazi interstiziali. dei tessuti. Si manifesta con gonfiore, rossore, dolore difficoltà nei movimenti della mandibola. Evento raro.
- Persistenza anestesia oltre le 4/5 ore. Evento raro.
- Lesioni nervose a carico dei rami terminali del ramo trigemino che può risultare temporanea o permanente. Evento raro.
- Lesione tessuti molli. Evento raro.
- Lesioni post anestetiche intraorali quali necrosi dei tessuti orali. Evento raro.
- Desquamazione dei tessuti molli. Evento rarissimo.

Igiene orale

Indipendentemente dalla terapia prospettata è necessario mantenere una corretta igiene orale. E' indispensabile lavarsi i denti con spazzolino e dentifricio dopo ogni pasto, quindi, almeno tre volte al giorno.

In particolare, si consiglia di:

- spazzolare i denti dopo ogni pasto per un tempo di almeno 2-3 minuti,
- usare uno spazzolino dalla testina medio-piccola in modo da arrivare in tutte le zone della bocca,
- è preferibile che sia provvisto di setole artificiali di durezza media,
- sostituire lo spazzolino almeno ogni due mesi,
- spazzolare accuratamente tutti i denti sia quelli anteriori che quelli posteriori.

Igiene alimentare

Anche una dieta appropriata rappresenta un importante contributo alla prevenzione delle malattie dei denti. Il controllo della placca batterica è il primo obiettivo per ridurre l'incidenza di patologie del cavo orale e per quindi potere ottenere anche un miglior risultato rispetto alla terapia prospettata. È possibile ridurre la formazione della placca batterica limitando il consumo di dolci e di altri cibi ricchi di zuccheri; è poi consigliabile seguire una dieta equilibrata e ricca di frutta e verdura, alimenti contenenti vitamine e minerali essenziali (vitamine C, A e D, calcio, fosforo, potassio, sodio, ferro e magnesio) per la salute dei denti⁽³⁾.

Visite periodiche

È importante sottoporsi regolarmente a visite periodiche per identificare e poter curare, sin dalle prime fasi, eventuali processi patologici a carico dei denti e delle gengive⁽³⁾.

Altre informazioni richieste dal paziente o comunque di cui si è discusso

.....

I sottoscritti genitori, o tutore legale del paziente, Sig. nato il a apponendo la firma al presente modulo dichiariamo di avere ben compreso la terapia che ci è stata prospettata, la diagnosi, la prognosi, le eventuali alternative terapeutiche, compresi i vantaggi e gli svantaggi rispetto alla terapia prospettata, sui prevedibili rischi e complicanze e sui comportamenti che dovrò osservare nei processi di cura. Dichiariamo di avere avuto il tempo di elaborare quanto presentato e di avere avuto la possibilità di porre richieste di chiarimenti che saranno comunque consentiti in qualunque momento. Prestiamo pertanto il nostro assenso alle terapie che ci sono state illustrate e spiegate.

Data consegna

.....

Data ritiro del consenso

.....

Firma del/i genitore/i o del tutore

.....

.....

Firma del medico

.....

Bibliografia

- 1) Codice di Deontologia Medica
- 2) Anestesia in odontostomatologia di Giovanni Manani. Idelson-Gnocchi. Edizione 2003
- 3) Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia. Ministero della Salute. Segretariato Generale. Edizione settembre 2017
- 4) Art. 5 Convenzione di Oviedo. Consiglio d'Europa - 1997. "Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina". Ratificata con la Legge 28 marzo 2001, n. 145 (Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2001)