

IMPIANTO POST-ESTRATTIVO
DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E SUCCESSIVO CONSENSO

Egregio paziente,

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 lei abbia dato il suo 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 darle la possibilità di scegliere, se iniziare o meno il percorso diagnostico terapeutico, le 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. Lei può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso e interrompere la terapia⁽⁴⁾. Devo garantire a lei e/o 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 lei dovrà osservare nel processo di cura. Risponderò ad ogni sua 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 lei mi dovesse chiedere, 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 lei 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 sua (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) consigliandole, 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).

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

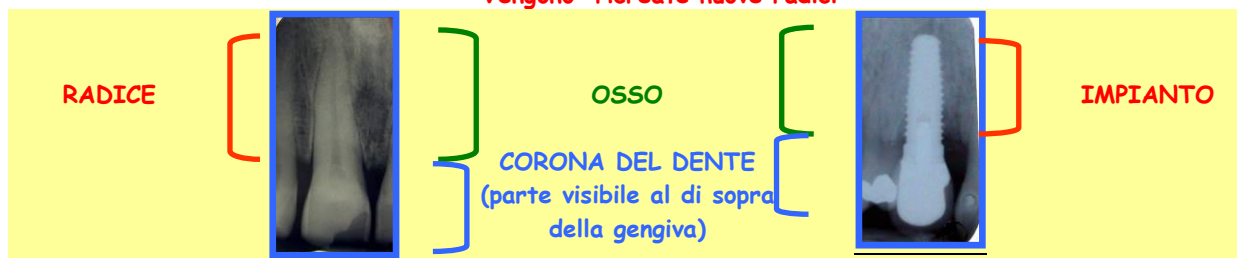
Terapia prospettata

Estrazione del/dei seguente/i elemento/i dentari
e contestuale inserimento di impianto/i osteointegrato/i..

In cosa consiste la terapia

Consiste nell'inserimento di viti/e in titanio all'interno della struttura ossea della mascella in modo tale da fornire un ancoraggio per protesi fissa. L'impianto viene inserito contestualmente all'estrazione, nell'alveolo residuo. L'alveolo è la cavità ossea in cui è alloggiato il dente. Si attendono comunque i normali tempi, prima di caricare funzionalmente l'impianto, per favorire l'osteointegrazione. Non viene quindi subito applicato un dente. La realizzazione della riabilitazione impianto-protetica necessita quindi di un intervento chirurgico e della costruzione di un manufatto protesico⁽³⁾. Il presupposto fondamentale è quello di avere una adeguata quantità di osso.

Vengono "ricreate nuove radici"



Beneficio dell'intervento prospettato

Riabilitare una zona edentula, con una protesi fissa, senza dovere utilizzare denti naturali e senza dovere attendere i fenomeni di guarigione dell'alveolo e inserire in un secondo tempo gli impianti.

Esami preliminari

Dopo avere effettuato la prima visita, per potere valutare la possibilità di inserire impianti, si eseguono vari esami clinici (ispezione, palpazione e percussione) e anche radiografici (RX endorali e/o OPT e/o una TAC).

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.

Sequenza operativa chirurgica (le foto si riferiscono ad un caso ipotetico al solo scopo esemplificativo)

Una volta disteso il paziente sulla poltrona odontoiatrica (non è possibile lavorare con il paziente seduto) si somministra anestesia locale. Ciò comporta la sensazione di avere formicolio e gonfiore nella zona di interesse.



Si procede all'estrazione dell'elemento dentario. Si controllano le condizioni cliniche e solo se ci dovessero essere caratteristiche idonee in termini di quantità di osso e di tessuti molli si procede con l'inserimento implantare. In caso contrario si interrompe l'intervento.



Si procede con l'utilizzo di strumenti dedicati all'inserimento del/degli impianto/i, a volte elevando un piccolo lembo muco periosteale per migliorare la visibilità e l'accesso. Si utilizzano frese idonee sotto costante irrigazione di soluzione fisiologica. In tutte queste fasi è normale avvertire dei rumori, spingere e tirare.



A volte, se le condizioni cliniche lo richiedono, si innesta del biomateriale per favorire la formazione di tessuto osseo e l'osteointegrazione.



Generalmente viene praticata la sutura (da rimuovere dopo 7/15 giorni) e, a volte, si innesta materiale riassorbibile per favorire la coagulazione della ferita.



Dopo un periodo variabile di tempo si procederà con le fasi protesiche previa scopertura della testa dell'impianto e si avvita sullo stesso una vite di guarigione. Cioè un cilindro che favorisce la guarigione della gengiva in prospettiva di riabilitazione protesica. Anche in questo caso è necessaria l'anestesia e, molto spesso, la sutura. In alcuni casi questa fase si esegue durante il primo atto chirurgico.



Farà male?

E' possibile avvertire dolore dopo un intervento soprattutto, ma non necessariamente, se questo è lungo e complesso. E' quindi indicata un'adeguata terapia farmacologica con antidolorifici.

E' preferibile che l'assunzione avvenga prima della fine dell'effetto dell'anestesia locale e la terapia prosegua per un congruo numero di giorni in relazione all'entità dell'intervento, possibilmente in associazione ad un farmaco gastro-protettore.

In assenza di complicanza, generalmente, si nota una sostanziale riduzione della sintomatologia dolorosa nei giorni successivi all'intervento.

Nel caso in cui l'intervento dovesse risultare particolarmente lungo, o comunque in persone con problemi alla Articolazione Temporo Mandibolare e/o alla muscolatura della bocca, questo può essere causa di dolore/affaticamento delle stesse.

In certe condizioni anatomiche, ad esempio quanto il nervo alveolare inferiore è molto vicino all'elemento dentario da estrarre oppure in condizioni di particolare infiammazione/infezione locale, anche se adeguatamente trattata, l'effetto dell'anestesia può essere meno efficace costringendo l'odontoiatra ad eseguire nuova anestesia oppure, nei casi estremi, ad interromper l'intervento.

Si gonfierà?

E' possibile avere gonfiore, edema o ecchimosi post-operatoria soprattutto, ma non necessariamente, se l'intervento è stato lungo e complesso. Può risultare necessario assumere e prescrivere cortisonici.

Sono necessari dei farmaci?

Sono generalmente consigliati e prescritti dei farmaci a volte preventivamente rispetto all'intervento, altre volte successivamente o a seguito della comparsa di eventi avversi e non prevedibili. Si riporta un elenco sicuramente non esaustivo nelle sue applicazioni.

Come già scritto sono necessari degli antidolorifici, associati a gastro-protettore, per ridurre il dolore post-operatorio. Sono indicati degli antibiotici da assumere o preventivamente e/o successivamente all'intervento chirurgico.

E' indicato l'utilizzo di collutori, in genere, a base di clorexidina, per circa 7/14 giorni dopo l'intervento.

Per ridurre l'edema post-operatorio, quanto prevedibile, si prescrivono dei cortisonici. Questi si prescrivono anche in caso di possibile rischio lesivo dei tronchi nervosi in associazione a preparati vitaminici del gruppo B.

Nel caso in cui sia prevedibile una sinusite, oltre agli antibiotici ed i cortisonici può essere prescritta una terapia aerosolica di tipo otorinolaringoiatrica.

Per possibili conseguenti dolori all'articolazione temporo mandibolare e/o ai muscoli masticatori possono essere prescritti farmaci antiflogistici e miorilassanti.

Per ridurre il rischio di sanguinamento prolungato e non controllabile possono essere indicati farmaci antifibrinolitici (es: acido tranexamico).

Quanto tempo occorre

Non è possibile prevedere a priori quanto tempo sia necessario. E' solo possibile ipotizzarlo. Indicativamente possono essere necessari dai 30 minuti per situazioni semplici sino ad anche 2 ore o più per i casi più complessi.

Cosa è necessario fare dopo l'intervento chirurgico?

Oltre ai farmaci, già indicati è necessario seguire in maniera pedissequa le seguenti istruzioni:

Riposo: rilassatevi dopo l'intervento chirurgico, limitando l'attività fisica ed evitando situazioni stressanti per almeno 48 ore. Si raccomanda di non tornare al lavoro per almeno 12 ore dopo l'intervento.

Gonfiore: il gonfiore è normale specie dalla seconda alla quarta giornata. Usate impacchi di ghiaccio per 2-3 ore circa, ad intervalli regolari di 10 minuti, dopo l'intervento. Nei giorni successivi alla prestazione odontoiatrica, anche se si dovesse notare gonfiore, non applicare esternamente il ghiaccio poiché è controproducente.

Dolore: si può provare un leggero fastidio o dolore nell'immediato post-chirurgico e nei giorni seguenti. Assumete un antidolorifico il prima possibile possibilmente prima della cessazione dell'effetto dell'anestesia loco regionale. Di seguito assumerne al bisogno secondo le indicazioni riportate sul foglio illustrativo del farmaco. Non aspettate d'avere dolore.

Sanguinamento: un modesto sanguinamento è normale. Non sciacquate la bocca per 4/5 ore dopo l'intervento (si può bere). Applicare una pressione con una garza sulla zona sanguinante per almeno 20 minuti. Cambiarla sino a quando non si ha il completo arresto del sanguinamento. Effettuare questa manovra davanti ad uno specchio per avere la certezza della posizione della garza.

Sciacqui: da domani fate degli sciacqui con un collutorio a base di clorexidina per una settimana: uno sciacquo ogni 12 ore per 10 giorni. Mantenere nel cavo orale per un minuto e di seguito rigettare senza ingerire. Il prodotto non deve essere diluito.

L'uso prolungato di clorexidina può causare un'alterazione della sensibilità gustativa e la comparsa di pigmentazioni scure su denti e lingua. Sono comunque tutti fenomeni reversibili.

Alcool e fumo: non fumare e non bere alcolici per le 24 ore successive all'intervento.


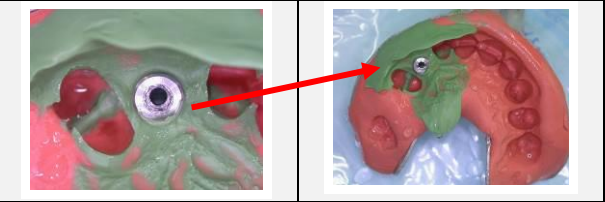
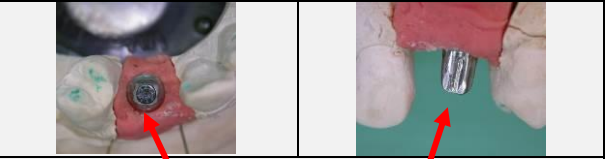

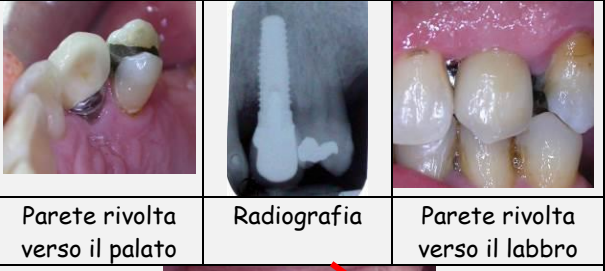

Dieta: assumere cibi semifreddi e semiliquidi per i primi giorni dopo l'intervento. Evitare quindi cibi troppo duri o troppo caldi.

Particolari attenzioni: durante la permanenza dell'anestesia fate attenzione a non mordervi e a non scottarvi nelle zone del cavo orale anestetizzate (labbra, guancia, lingua).

Tempi e modalità di carico biomeccanico dell'impianto

Dopo un congruo periodo di tempo necessario affinché avvenga l'osteointegrazione si procede con le fasi protesiche che possono necessitare di circa 30 giorni di tempo e un numero variabile di prove. Nel suo caso prevedo un tempo di attesa, prima di procedere con le fasi protesiche di:

Sequenza operativa protesica (le foto si riferiscono ad un caso ipotetico al solo scopo esemplificativo)

<p>Ad avvenuta maturazione e presumibile stabilità dei tessuti si procede con il rilievo delle impronte avvitando al di sopra dell'impianto un dispositivo che permetta di dare la posizione dell'impianto rispetto ai denti ed alla gengiva.</p>			
<p>Il dispositivo rimarrà nel materiale da impronta. Durante il rilievo delle impronte, in pazienti predisposti, si può avere lo stimolo del riflesso del vomito. Se le condizioni cliniche lo permettono, è possibile procedere al rilievo delle impronte, con sistemi digitali quindi senza l'utilizzo di materiale nel cavo orale.</p>			
<p>Dall'impronta si ricava un modello in gesso, che riproduce la bocca del paziente, su cui si andrà a costruire un "moncone".</p>			
<p>Riproduzione della posizione dell'impianto</p>			
<p>La stessa situazione la ritroviamo nel cavo orale. Non è prevedibile il numero delle prove che è necessario effettuare. A volte può risultare necessario riprendere le impronte. Il moncone verrà alloggiato nell'impianto. Si valuta la congruità della sistemazione a volte radiograficamente.</p>			
<p>La corona viene poi cementata al di sopra del moncone.</p>			
<p>Sorriso del paziente ed evidenziata con la freccia la corona definitiva</p>			
<p>Parete rivolta verso il palato</p>	<p>Radiografia</p>	<p>Parete rivolta verso il labbro</p>	

Farà male durante le fasi protesiche?

Può presentarsi del dolore a livello gengivale, durante le varie fasi cliniche e nei giorni successivi, eventualmente controllabile attraverso l'assunzione di antidolorifici domiciliarmente o anestesia locale nello studio dentistico.

Il modo di parlare e di mangiare

Nei primi tempi potrà sembrare diverso. Occorrono alcuni giorni per abituarsi e ritornare a parlare in modo chiaro. Questa difficoltà si riscontra in genere per le sostituzioni dei denti anteriori e nelle riabilitazioni estese. È normale avvertire comunque un ingombro diverso. Soprattutto nelle prime fasi è anche possibile mordersi le labbra, le guance e la lingua. È possibile notare un aumento del ristagno di cibo.

Provvisori

<input type="checkbox"/> non necessita di provvisorio in quanto la riabilitazione è prevista in una zona non estetica
<input type="checkbox"/> eseguire una protesi parziale rimovibile con ganci
- si tratta di una protesi mobile quindi di difficile accettazione - ingombrante in quanto non sono inseriti i soli denti mancanti ma anche componenti aggiuntive ad esempio nel palato o nella parte interna dei denti - il cibo ristagna al di sotto e intorno alla protesi - deve essere rimossa dopo ogni pasto per essere lavata - può risultare mobile durante la funzione - esteticamente può non essere accettabile dal momento che sono presenti dei ganci nella parte dei denti rivolti verso le labbra e le guance
<input type="checkbox"/> eseguire una riabilitazione protesica di tipo fisso cementata (Maryland Bridge o California Bridge)
svantaggi rispetto alla protesi prospettata - sono possibili delle ripetute decementazioni. È una terapia che può essere realizzata solo in condizioni cliniche estremamente particolari

Importante da sottolineare

Non è sempre prevedibile la corretta ricostruzione della papilla interdentale. Rimane un "triangolo nero"	Nel tempo è possibile notare il "bordo protesico" o le prime spire dell'impianto	I denti supportati da impianti possono essere "più lunghi" rispetto al normale per la perdita di osso e gengiva conseguente alla pregressa estrazione dentaria	L'estensione della parte "metallica" visibile può variare per rispondere ad esigenze cliniche, a volte, non prevedibili	Molto spesso è necessario ricostruire anche i tessuti gengivali e ossei persi con finta gengiva rosa
				

Controindicazioni relative

Nel suo caso specifico sussistono le seguenti controindicazioni relative che possono sconsigliare la terapia implantare perché ne aumentano il rischio di insuccesso. Ma in considerazione delle alternative terapeutiche decide comunque di procedere con la terapia prospettata:

- abitudine al fumo⁽³⁾
- dipendenza da droghe⁽³⁾
- condizioni personali non modificabili che impediscono o rendono difficoltose corrette manovre di igiene orale domiciliare⁽³⁾
- indice di placca elevato con conseguente gengivite. La gengivite è una patologia infiammatoria dei tessuti molli di sostegno dei denti; si manifesta con sanguinamento spontaneo e/o provocato, ipertrofia gengivale, edema⁽⁵⁾
- scarsa collaborazione
- difficoltà di apertura della bocca
- ristrettezza dello spazio nel cavo orale (piccole dimensioni del cavo orale)
- edentulia parziale controlaterale di cui non è in programma la sua riabilitazione. La riduzione del numero degli elementi dentari comporta un alterato carico funzionale a livello degli elementi residui. Di conseguenza, è più probabile che si possano verificare dei cedimenti delle riabilitazioni prospettate
- malocclusione che comporta un alterato carico funzionale a livello degli elementi dentari residui. Di conseguenza, è più probabile che si possano verificare insuccessi delle riabilitazioni prospettate
- malattia parodontale
- pregressi fenomeni di perimplantite. Infiammazione che colpisce i tessuti di sostegno degli impianti

- malattie sistemiche che interessano le strutture ossee o che interferiscono con i meccanismi di guarigione delle ferite
- difetti di coagulazione che riducono la capacità di guarigione delle ferite
- diabete mellito non compensato quanti in assenza di un adeguato controllo della glicemia
- pregressi o presenti trattamenti terapeutici o farmacologici (radioterapia del distretto testa-collo, chemioterapia, utilizzo di farmaci quali i bifosfonati)
- malattia parodontale non trattata⁽³⁾. Le malattie parodontali sono delle patologie croniche del "sistema parodontale" (tessuto di sostegno del dente) caratterizzate da infiammazione gengivale, formazione di tasche parodontali, mobilità dentaria, riassorbimento dell'osso alveolare con perdita, negli stadi più avanzati, degli elementi dentari⁽⁵⁾
- malattia parodontale trattata ma con scarsi risultati⁽³⁾
- presenza di una cresta ossea residua non adatta per quantità, qualità e morfologia ad accogliere un impianto di dimensioni adeguate alle funzioni da svolgere, ove le procedure chirurgiche per la correzione di tali condizioni anatomiche risultino non attuabili o soggette ad alte percentuali di insuccesso o di complicanze⁽³⁾
- inadeguatezza dello spazio necessario per la realizzazione di un manufatto protesico morfologicamente e funzionalmente idoneo, qualora le procedure per modificare tale situazione non siano attuabili o lo siano con uno sfavorevole rapporto costo/beneficio⁽³⁾
- evidenza di Disordini Cranio Cervico Mandibolari (DCCM). Per DCCM si intende una condizione di sofferenza neuromuscolare, della testa e del collo, determinata, in genere, da malocclusioni e/o bruxismo. Questi disordini rendono il carico a livello dentale "alterato" aumentando il rischio di insuccesso della terapie odontoiatriche
- perdita della dimensione verticale di occlusione, cioè lo spazio normalmente presente tra i denti superiori ed inferiori a contatto tra di loro in condizioni di normalità cioè in assenza di fenomeni che lo hanno alterato riducendolo. Es: estrusione di elementi dentari o faccette di usura.

Imprevisti?

Sono possibili delle decementazioni o fratture dei provvisori eventualmente applicati fino all'ingestione. Anche se non programmato può risultare necessario utilizzare dei materiali per rigenerare l'osso. Questo comporta un aumento dei tempi di realizzazione.

Nell'implantologia tradizionale c'è una percentuale di insuccesso (senza apparente motivo) del 4-5%. L'insuccesso tende ad aumentare in presenza di controindicazioni relative e con un inserimento implantare post-estrattivo

In caso di perdita dell'impianto non è detto che se ne possa inserire un altro. Questo, in ogni caso, comporta un aumento dei tempi di realizzazione e la necessità di cambiare il tipo di riabilitazione (vedi le alternative terapeutiche).

Visite periodiche

E' importante sottoporsi regolarmente a visite periodiche per identificare e poter curare, sin dalle prime fasi, eventuali processi patologici a carico sia dei lavori implanto-protesici prospettati come anche di tutto il cavo orale.

Igiene orale

Per una corretta igiene orale è indispensabile lavarsi i denti e la protesi con spazzolino e dentifricio dopo ogni pasto, quindi, almeno tre volte al giorno. In particolare, si consiglia di:

- spazzolare i denti e la protesi 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,
- pulire anche le zone interprossimali (cioè le zone di passaggio tra un dente e l'altro) con idonei strumenti (filo interdentale e/o scovolino interdentale)
- pulire anche le zone di maggior compressione delle mucose da parte delle protesi fisse, se presenti, con fili tipo "super floss".

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 conseguente al trauma dentale. 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⁽⁶⁾.

Rischi e complicanze conseguenti all'intervento chirurgico e alle fasi protesiche. Sono tutti possibili con una maggiore probabilità per quelli evidenziati

- Sublussazione e lussazione dei denti contigui. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Frattura della corona o radice dei denti contigui molto spesso per preesistenti ricostruzioni conservative, protesiche o carie. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Ferite dei tessuti molli come labbra, guance, lingua dovute anche per movimenti accidentali del paziente o ristrettezza di 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 dando 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, quasi inevitabile, intervento chirurgico con anestesia generale. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Solo in caso di inserimento implantare nell'arcata superiore posteriore (premolare i molari) possibile comunicazione oro antrale per rapporti anatomici di continuità con il seno mascellare. Ciò presuppone un intervento maggiormente esteso per cercare di chiudere immediatamente la comunicazione. In caso di insuccesso e nei casi più gravi ciò può comportare l'ospedalizzazione per revisione chirurgica del seno mascellare con opportuna terapia medica di supporto. Questo avviene generalmente con anestesia generale e alcuni giorni di degenza e alcune settimane di inattività fisica e lavorativa.
- Solo in caso di inserimento implantare nell'arcata superiore posteriore (premolare i molari) possibile comunicazione possibile penetrazione nel seno mascellare di materiale estraneo per contiguità, cioè vicinanza anatomica o erosione della corticale del seno per infezioni croniche. In questi casi è necessaria la rimozione del corpo estraneo che nei casi più complessi può comportare l'ospedalizzazione per revisione chirurgica del seno mascellare con opportuna terapia medica di supporto. Ciò avviene generalmente con anestesia generale e alcuni giorni di degenza e alcune settimane di inattività fisica e lavorativa.
- Osteiti, ostiomielite, alveolite postestrattiva, flemmone, ascesso, angina di Ludwig. Eventi rari.
- Processi infettivi (setticemia, endocardite batterica) ad esempio in pazienti defedati, immunocompromessi o con valvulopatie e protesi valvolari. Evento rarissimo ma possibile solo in pazienti predisposti per patologie preesistenti anche non conosciute.
- Emorragia con conseguente sanguinamento prolungato e/o ematoma e/o ecchimosi. Evento rarissimo possibile solo in pazienti predisposti per patologie preesistenti o che assumono particolari farmaci.
- Scialoadenite delle ghiandole salivari (obliterazione del dotto escretore). Conseguente dolore, gonfiore e, in alcuni casi l'ospedalizzazione opportuna terapia medica di supporto. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Lesione neurologica per contiguità anatomica con ipo-anestesia (nervo alveolare inferiore, mentoniero, linguale); paresi (nervo facciale). Evento raro.
- Lussazioni e sublussazioni dell'articolazione temporomandibolare per lassità legamentosa o conseguente all'atto terapeutico. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- E' possibile che si possano verificare, nei pazienti predisposti, se non individuata in fase di visita, fobie, reazioni psicologiche negative quali attacchi di panico che possono provocare tachicardia, sudorazione, sino alla svenimento.
- Tutti i rischi conseguenti all'assunzione dei farmaci prescritti prima e dopo l'estrazione dentaria.
- Ingestione di materiale odontoiatrico.
- Riflesso del vomito durante il rilievo delle impronte o comunque in tutte le fasi terapeutiche.

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.

Possibili alternative?

<input checked="" type="checkbox"/> non eseguire nessuna cura	
<input type="checkbox"/> eseguire una protesi parziale rimovibile con ganci	
vantaggi rispetto alla protesi prospettata: - è possibile realizzarla in minor tempo - ha un costo inferiore - non sono necessari interventi chirurgici - è reversibile nel tempo dal momento che è possibile aggiungere un dente che eventualmente dovesse perdere per altri motivi	svantaggi rispetto alla protesi prospettata - si tratta di una protesi mobile quindi di difficile accettazione - ingombrante in quanto non sono inseriti i soli denti mancanti ma anche componenti aggiuntive ad esempio nel palato o nella parte interna dei denti - il cibo ristagna al di sotto e intorno alla protesi - deve essere rimossa dopo ogni pasto per essere lavata - può risultare mobile durante la funzione - esteticamente può non essere accettabile dal momento che sono presenti dei ganci nella parte dei denti rivolti verso le labbra e le guance
<input checked="" type="checkbox"/> eseguire una riabilitazione protesica tradizionale attendendo i normali tempi di osteointegrazione	
vantaggi rispetto alla protesi prospettata - è una terapia più sicura	svantaggi rispetto alla protesi prospettata - si rimane senza denti per un tempo più lungo - potrebbe essere necessaria una provvisorizzazione con tutti i limiti del caso
<input type="checkbox"/> eseguire una protesi parziale rimovibile senza ganci	
vantaggi rispetto alla protesi prospettata: - non sono necessari interventi chirurgici - è possibile realizzarla in minor tempo	svantaggi rispetto alla protesi prospettata: - si tratta di una protesi mobile quindi di difficile accettazione - ingombrante in quanto non sono inseriti i soli denti mancanti ma anche componenti aggiuntive ad esempio nel palato o nella parte interna dei denti - il cibo ristagna al di sotto e intorno alla protesi - deve essere rimossa dopo ogni pasto per essere lavata - può risultare mobile durante la funzione - costi comunque non significativamente inferiori rispetto ad una protesi fissa ad ancoraggio implantare - biologicamente più aggressiva dal momento che è necessario "limare" e, a volte, trattare endodonticamente degli elementi dentari
<input type="checkbox"/> eseguire una riabilitazione protesica di tipo fisso ancorandosi ai denti naturali	
vantaggi rispetto alla protesi prospettata - è possibile realizzarla in minor tempo - non sono necessari interventi chirurgici - la sua realizzazione non è vincolata dalla presenza di struttura ossea	svantaggi rispetto alla protesi prospettata - biologicamente più aggressiva dal momento che è necessario "limare" e, a volte, trattare endodonticamente degli elementi dentari
<input type="checkbox"/> eseguire una riabilitazione protesica di tipo fisso cementata (Maryland Bridge o California Bridge)	
vantaggi rispetto alla protesi prospettata - è possibile realizzarla in minor tempo - non sono necessari interventi chirurgici - la sua realizzazione non è vincolata dalla presenza di struttura ossea - biologicamente non invasiva nei confronti dei denti pilastro	svantaggi rispetto alla protesi prospettata - sono possibili delle ripetute decementazioni. E' una terapia che può essere realizzata solo in condizioni cliniche estremamente particolari

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

Io sottoscritto paziente, o tutore legale del paziente, Sig.
nato il a apponendo la firma al presente modulo
dichiaro di avere ben compreso la terapia che mi 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.

Dichiaro 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.

Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Data consegna

.....

Data ritiro del consenso

.....

Firma del paziente 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)
- 5) Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta - Ministero della Salute—Dicembre 2009
- 6) <http://www.salute.gov.it/sorrisoSalute/paginaMenuSorrisoSalute.jsp?menu=patologie&lingua=italiano>