

**LA CURA CONSERVATIVA
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 (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). 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 (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).

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).

Se il paziente è un minore terrò in adeguata considerazione le sue opinioni, espresse dallo stesso, 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 conservativa a carico del

Cos'è la cura conservativa?

E' quella branca dell'odontoiatria che si occupa della terapia delle lesioni, sia congenite che acquisite, dei tessuti duri dei denti tramite tecniche dirette. E' comunemente conosciuta come "otturazione".

Consiste ...

... nell'eliminazione del tessuto cariato, dell'otturazione incongrua e/o della "preparazione del dente" per vari motivi per poterlo successivamente ricostruire utilizzando il materiale prescelto.

Fasi operatorie

- Si distende il paziente sulla poltrona odontoiatrica (non è possibile lavorare con il paziente seduto). Se indicata, esecuzione di una radiografia endorale pre operatoria dell'elemento dentario da trattare;
- anestesia locale, nella maggior parte dei casi. Ciò comporta la sensazione di avere formicolio e gonfiore nella zona di interesse;
- isolamento del campo operatorio mediante, quando possibile, un foglio di gomma (diga) teso da un archetto e ancorato al dente da un uncino metallico;
- preparazione del dente e otturazione. Ciò comporta quindi l'uso di strumenti che provocano rumore, emissione di acqua e vibrazione.

Quanto tempo occorre?

La terapia si conclude in genere in una seduta variabile dai 30 ai 120 minuti per casi estremamente complessi.

Farà male?

Durante il trattamento, il dolore è assente, a parte in alcuni casi. Può essere presente un leggero indolenzimento nei due o tre giorni successivi alla cura o una sensibilità del dente al freddo e alla masticazione, che può permanere anche per due settimane. Si possono formare delle lesioni a livello delle labbra in genere guaribili nell'arco di pochi giorni. In particolari casi, con pazienti predisposti, si può manifestare un dolore articolare.

Esemplificazione fotografica per la cura conservativa di un dente anteriore (incisivi e canini)



Possibili alternative alla cura conservativa di un dente anteriore (incisivi e canini)

- Non eseguire nessuna cura con il rischio che la carie possa distruggere sempre più sostanza dentale rendendolo non recuperabile oppure che si possa manifestare dolore o comunque lesioni ai tessuti di sostegno del dente o ai tessuti molli (labbra, guancia, lingua) per l'irregolarità del dente.
- Realizzare delle faccette in ceramica o in materiali compositi. Sono in genere indicate quando le esigenze estetiche sono predominanti e nei casi di grandi ricostruzioni. Per contro hanno costi elevati, tempi di realizzazione molto lunghi e difficoltà di gestione della fase provvisoria.

Esemplificazione fotografica e materiali impiegabili per la cura conservativa dei denti posteriori (premolari e molari)

Amalgama di argento

E' un materiale stabile nel tempo, si adatta, meglio dei materiali compositi, alle condizioni del cavo orale. Da utilizzare secondo le indicazioni ed i limiti delle normative italiane ed europee. Se non ci sono particolari esigenze estetiche è il materiale di elezione nei settori posteriori. Necessita di una seconda seduta per potere lucidare l'otturazione rendendola così "più precisa". Questa seconda seduta, in genere impegna pochi minuti.



Materiali compositi

E' meno stabile nel tempo rispetto ad altri materiali. Si adatta meno, rispetto all'amalgama di argento, alle condizioni del cavo orale. Sono necessari ottimi standard di igiene orale domiciliare. E' più difficile riuscire ad ottenere una buona area di contatto interdentale. Rispetto all'amalgama di argento permette di conservare maggiormente la sostanza dentale residua. E' di elezione solo se ci sono particolari esigenze estetiche o nei casi in cui sia necessario salvaguardare la maggiore quantità di sostanza dentale.

Dente cariato



Asportazione carie



"Otturazione"



Possibili alternative alla cura conservativa dei denti posteriori (premolari e molari)

- Non eseguire nessuna cura con il rischio che la carie possa distruggere sempre più sostanza dentale rendendolo non recuperabile oppure che si possa manifestare dolore o comunque lesioni ai tessuti di sostegno del dente o ai tessuti molli (labbra, guancia, lingua) per l'irregolarità del dente.
- Realizzare degli intarsi in ceramica o in materiali compositi. Sono in genere indicati in presenza di grandi ricostruzioni. Per contro hanno costi elevati, tempi di realizzazione molto lunghi e difficoltà di gestione della fase provvisoria.

Imprevisti

E' possibile che la lesione cariosa od il trauma abbiano già contaminato la polpa infiammandola in modo non reversibile (pulpite irreversibile) costringendo l'odontoiatra a trattare endodonticamente il dente (devitalizzarlo). Questo è possibile vederlo nel momento in cui è presente un contatto diretto tra la carie e la polpa (anche senza comparsa precedente di dolore) oppure a distanza di giorni in modo non prevedibile anche senza comparsa precedente di dolore.

L'immagine a destra mostra la sostanza del dente residua dopo l'eliminazione del tessuto cariato. Il punto rosso, evidenziato dalla freccia, indica la polpa ("nervo del dente") quindi è certa la compromissione del dente e la necessità di trattarlo endodonticamente (devitalizzarlo).



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 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 intervento chirurgico, generalmente, in narcosi.
- 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,
- spazzolare le aree interdentali con filo e/o scovolino interdentale. Pulire le aree di compressione gengivale con filo tipo "superfloss".

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

E' 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⁾.

Fattori di rischio che possono ridurre la durata delle cure odontoiatriche di tipo conservativo prospettate

MALOCCLUSIONE		
La malocclusione comporta un alterato carico funzionale a livello degli elementi dentari residui. Di conseguenza, è più probabile che si possano verificare dei cedimenti delle riabilitazioni prospettate		
Presenza	Fattore di rischio	Definizione
○	II classe di Angle	Il mascellare superiore si trova collocato troppo in avanti o la mandibola troppo indietro o entrambe le condizioni associate
○	III classe di Angle	La mandibola è posizionata troppo in avanti o il mascellare superiore troppo indietro o entrambe le condizioni associate
○	morso crociato	In occlusione, alcuni denti superiori chiudono all'interno dei rispettivi denti inferiori con possibile deviazione della mandibola ed asimmetria facciale
○	morso profondo	In occlusione, gli incisivi superiori coprono eccessivamente quelli inferiori
○	morso aperto	In occlusione, i denti posteriori sono a contatto, mentre gli anteriori rimangono distanziati
Bibliografia principale di riferimento: Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Ministero della Salute—10 ottobre 2008		

EDENTULISMO		
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		
Presenza	Fattore di rischio	Definizione
○	Edentulismo parziale	Significa la perdita di alcuni denti
○	Perdita dei normali rapporti intermascellari come la perdita della Dimensione Verticale di Occlusione	In occlusione, alcuni denti superiori chiudono all'interno dei rispettivi denti inferiori con possibile deviazione della mandibola ed asimmetria facciale
Bibliografia principale di riferimento: Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Ministero della Salute—10 ottobre 2008		

MALATTIA PARODONTALE		
Presenza	Fattore di rischio	Definizione
○	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, assenza di tasca parodontale; riconosce un'etiologia multifattoriale soprattutto batterica con l'interazione di tre cofattori principali: suscettibilità dell'ospite, fattori ambientali e comportamentali. La gengivite, se trattata, è reversibile
○	malattie parodontali	Le malattie parodontali sono delle patologie croniche del "sistema parodontale" caratterizzate da infiammazione gengivale, formazione di tasche parodontali, mobilità dentaria, riassorbimento dell'osso alveolare con perdita, negli stadi più avanzati, degli elementi dentari
Bibliografia principale di riferimento: Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta - Ministero della Salute—Dicembre 2009		

CARIORECETTIVITA'		
All'aumentare del rischio di sviluppare carie aumenta il rischio di formazione di carie secondarie cioè processi cariosi che colpiscono elementi dentari già trattati		
Presenza	Fattore di rischio	Definizione
○	Rischio elevato di sviluppare carie	Basso stato socio-economico Assunzione >4/die, fuori pasto, di cibi o bevande dolci Presenza di white spot o difetti dello smalto Presenza di almeno una lesione cariosa interprossimale Presenza di flusso salivare ridotto
○	Rischio moderato di sviluppare carie	Disabilità psichica o fisica Presenza di restauri incongrui Presenza di apparecchiature ortodontiche
○	Rischio basso di sviluppare carie	Corretta esposizione a composti fluorati Buona igiene orale
Bibliografia principale di riferimento: Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Ministero della Salute—novembre 2013		

DISORDINI CRANIO CERVICO MANDIBOLARI		
Per Disordini Cranio Cervico Mandibolari (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 frattura o comunque insuccesso della terapie odontoiatriche		
Presenza	Fattore di rischio	Definizione
○	Faccette di usura	Sono aree di usura del dente significative, nella maggior parte dei casi, di digrignamento o bruxismo. Cioè portare a contatto gli elementi dentari tra di loro per diverso tempo durante la giornata. Questo avviene anche senza che il paziente se ne accorga
○	Paziente digrignatore e/o bruxista	
○	Vari Disordini Cranio Cervico Mandibolari	Sono un insieme di condizioni cliniche patologiche che coinvolgono il sistema stomatognatico, in particolare i muscoli masticatori, l'articolazione temporo-mandibolare (ATM) e le strutture ad essa associate, o entrambi.

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