

**PROTESI FISSA AD ANCORAGGIO DENTALE ASSOCIATA AD ESTRAZIONE DENTARIA
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

Protesi fissa in zona in

<input type="radio"/> Lega ceramica	<input type="radio"/> Lega resina	<input type="radio"/> Ceramica su zirconia	<input type="radio"/> Allumina	<input type="radio"/> Disilicato di litio
-------------------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------------	---

associata all'estrazione del/dei seguente/i dente/i
.....

Di cosa si tratta

Il "ponte" rientra in quella branca dell'odontoiatria definita "odontoiatria protesica" che si occupa del ripristino e del mantenimento delle funzioni orali, del benessere, dell'aspetto e della salute del paziente per mezzo del restauro protesico dei denti naturali con sostituti artificiali⁽²⁾. Il ponte consiste quindi nella sostituzione di uno o più elementi dentari persi o che dovranno essere estratti, attraverso un manufatto protesico (detto comunemente ponte) realizzato in laboratorio odontotecnico su indicazione e progettazione del medico odontoiatra. Sono quindi dei sostituti artificiali che non possono essere rimossi dalla bocca⁽²⁾. Nel suo caso la protesi fissa viene realizzata per sostituire uno o più elementi dentari estratti. In considerazione del fatto che dopo avere estratto un dente i tessuti, ossei e gengivali, non sono stabili, si cementa una protesi provvisoria, nell'attesa che i tessuti maturino. Successivamente si realizzano le varie fasi protesiche per finalizzare la riabilitazione. Si tratta quindi di una prestazione odontoiatrica che comporta il mantenimento di un provvisorio, fisso, per un lungo periodo. Inoltre,

soprattutto per le riabilitazioni di elementi dentari anteriori, non è prevedibile come e in quanto tempo matureranno i tessuti duri, ma soprattutto quelli molli (gengiva), con possibili inestetismi come: gengiva di forma e colore diversa rispetto ai tessuti contigui, dente "più lungo" rispetto ai vicini oppure al controlaterale (cioè dente analogo a quello estratto che si trova dall'altra parte del mascellare).

Motivo dell'estrazione, benefici e alternative terapeutiche

Nello specifico, l'estrazione dentaria è indicata per questa condizione⁽³⁾:

- **dente parodontalmente compromesso con mobilità elevata orizzontale e/o verticale e non recuperabile⁽³⁾**. Il beneficio che si ottiene è quello di eliminare un elemento dentario che può essere causa di fenomeni infettivi. Il mantenimento di un elemento dentario con problemi parodontali aumenta il riassorbimento osseo, come anche dei tessuti gengivali, riducendo l'eventuale successiva possibilità di riabilitare protesicamente. L'alternativa terapeutica è quella di non estrarre l'elemento dentario con il rischio che si possano manifestare gli eventi avversi sopra scritti.
- **Dente con lesione cariosa non trattabile con metodi conservativi (otturazione) e/o endodontici (comunemente detta devitalizzazione)⁽³⁾**. Il beneficio che si ottiene è quello di eliminare un elemento dentario che può essere causa di fenomeni infettivi. L'alternativa terapeutica è quella di non estrarre l'elemento dentario con il rischio che si possano manifestare successivamente fenomeni infettivi acuti o cronici.
- **Riassorbimento radicolare esterno o interno non trattabile⁽³⁾**. Il beneficio che si ottiene è quello di eliminare un elemento dentario che può essere causa di fenomeni infettivi. Inoltre il riassorbimento può comportare un riassorbimento osseo e gengivale causando inestetismo, riducendo l'eventuale successiva possibilità di riabilitare protesicamente. L'alternativa terapeutica è quella di non estrarre l'elemento dentario con il rischio che si possano manifestare gli eventi avversi sopra scritti.
- **Trauma con frattura dell'elemento dentario non recuperabile⁽³⁾**. Il beneficio che si ottiene è quello di eliminare un elemento dentario che può essere causa di dolore, di fenomeni infettivi o traumatismo ai tessuti molli. Il mantenimento di un elemento dentario con frattura aumenta il riassorbimento osseo, come anche dei tessuti gengivali, riducendo l'eventuale successiva possibilità di riabilitare protesicamente. Anche una eventuale protesi mobile sarà meno stabile e comporta un maggior disagio con tessuti duri e molli ridotti. L'alternativa terapeutica è quella di non estrarre l'elemento dentario con il rischio che si possano manifestare gli eventi avversi sopra scritti.
- **Denti associati a lesioni ossee o dei tessuti molli⁽³⁾**. L'alternativa terapeutica è quella di non estrarre l'elemento dentario. Ciò comporta il mantenimento delle lesioni ossee e dei tessuti molli oppure che si possano rimaniifestare in futuro.
- **Condizioni mediche o chirurgiche per cui si richieda l'estrazione come profilassi** (trapianti d'organi, chemioterapia, terapia radiante, sostituzione di valvole cardiache, inizio di terapia con bifosfonati, specialmente se somministrati per via endovenosa...)⁽³⁾. Il beneficio che si ottiene è quello di eliminare eventuali foci infettivi, cioè possibili accumuli cronici di batteri che potrebbero essere causa di lesioni molto più gravi. In condizioni sistemiche normali, molto spesso, tali elementi dentari potrebbero essere trattabili. Non esiste alternativa terapeutica salvo diversa indicazione da parte dello specialista che ne richieda l'estrazione (es: oncologo).
- **Rifiuto consapevole alla terapia endodontica/conservativa o comunque di un possibile trattamento non chirurgico⁽³⁾**. L'alternativa è quella di procedere con le terapie endodontico/conservative prospettate.
- **Dente in posizione ectopica⁽³⁾** cioè in una posizione sbagliata. Questo potrebbe essere causa di lesioni, fenomeni infettivi, danni ad altri elementi dentari, interferenza con riabilitazioni protesiche o ortodontiche. L'alternativa terapeutica è quella di non estrarre l'elemento dentario con il rischio che si possano manifestare gli eventi avversi sopra scritti.
- **Rimozione preventiva e/o profilattica per problematiche mediche maggiori o particolari condizioni chirurgiche o trattamenti terapeutici⁽³⁾**. L'alternativa terapeutica è quella di non estrarre l'elemento dentario con il rischio che ciò possa comportare un peggioramento delle problematiche mediche maggiori oppure un ridotto risultato rispetto a trattamenti terapeutici in corso o comunque programmati.
-

Esami preliminari

Prima di ogni estrazione e riabilitazione protesica è necessaria un'attenta valutazione preoperatoria da eseguirsi con anamnesi, esame clinico, esami radiografici singoli o multipli (da valutare di volta in volta es: RX endorale, RX ortopantomografia, tomografia computerizzata (CBCT) e in casi estremamente particolari, la risonanza magnetica (RMN) o l'ecografia) e, ove sia ritenuto necessario, esami ematochimici solo se le informazioni fornite dall'anamnesi li rendono necessari. 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.

Fasi operatorie da eseguirsi in più sedute (esemplificazione fotografica)

Il paziente si distende sulla poltrona odontoiatrica per permettere una buona visibilità agli operatori, mantenendo il più possibile delle posture corrette. Non è possibile lavorare con il paziente seduto.

Esecuzione, se necessario, dei trattamenti preprotetici (es: trattamenti endodontici). In caso di particolari urgenze, queste prestazioni possono essere realizzate anche successivamente all'applicazione dei provvisori.

Preparazione dei monconi (limatura). Ciò comporta quindi l'uso di strumenti che provocano rumore, emissione di acqua e vibrazione. In sostanza i denti sono ridotti di dimensioni. Questa fase può essere eseguita in una seduta precedente all'estrazione dentaria.



Si procede con l'estrazione dell'elemento dentario compromesso. Si somministra anestesia locale. Ciò comporta la sensazione di avere formicolio e gonfiore nella zona di interesse. 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.



Nelle estrazioni dei denti in arcata, talora, si rende necessario elevare un lembo muco-periosteale per migliorare la visibilità e l'accesso ad eventuali frammenti radicolari fratturati; in tal caso il lembo dovrà essere tanto ampio da consentire un adeguato accesso ed una giusta visibilità all'operatore⁽³⁾. La tecnica chirurgica per le estrazioni di denti con anatomia coronale e/o radicolare complessa può essere più o meno invasiva in base alla posizione del dente, alla quantità di tessuto dentario residuo ed ai suoi rapporti con le strutture anatomiche circostanti. In taluni casi, può essere indicato effettuare il taglio dell'elemento dentario e/o dell'osso residuo circostante al fine di accedere più agevolmente all'elemento dentale. Per la resezione ossea e dentale si utilizzano frese idonee sotto costante irrigazione. Alla fine dell'estrazione si pratica una revisione dell'alveolo con un cucchiaio alveolare e irrigazione con soluzione fisiologica.



Generalmente viene praticata la sutura (da rimuovere dopo 7/15 giorni) e, a volte, si innesta materiale riassorbibile per favorire la coagulazione della ferita⁽³⁾.



Adattamento e cementazione di un ponte provvisorio preparato in laboratorio odontotecnico grazie ad una impronta precedentemente rilevata. Questo provvisorio può essere riadattato nel tempo per "guidare" la maturazione dei tessuti gengivali in corrispondenza del dente estratto. E' utile precisare che i provvisori hanno generalmente uno spessore maggiore rispetto sia ai definitivi come anche ai denti naturali, possono risultare ruvidi e sia la forma come il colore non sempre sono simili a quelli naturali.



Solo una volta giudicata stabile la maturazione dei tessuti, si procede con l'esecuzione d'impronte, mediante portaimpronte d'acciaio inox, con materiali diversi per ottenere modelli di gesso in modo tale da permettere all'odontotecnico di eseguire il manufatto protesico. Esecuzione di diverse prove per valutare l'estetica e la congruità del manufatto protesico e cementazione definitiva dopo ulteriore controllo dell'estetica e della congruità del manufatto protesico.



Farà male durante l'estrazione?

E' possibile avvertire dolore dopo un'estrazione soprattutto, ma non necessariamente, se questa è lunga e complessa. 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⁽³⁾.

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

Si gonfierà dopo l'estrazione?

Sì, è possibile avere edema o ecchimosi post-operatorio soprattutto, ma non necessariamente, se l'estrazione è stata lunga e complessa. Può risultare necessario assumere e prescrivere cortisonici e antibiotici. In quest'ultimo caso per contrastare fenomeni infettivi prevedibili o in atto.

Sono necessari dei farmaci per estrarre l'elemento dentario?

Sono generalmente consigliati e prescritti dei farmaci, a volte preventivamente rispetto all'estrazione, altre volte successivamente o a seguito della comparsa di eventi avversi e non prevedibili. Si riporta un elenco sicuramente non esaustivo e le loro applicazioni. Come già scritto sono necessari degli antidolorifici, eventualmente associati a gastro-protettore, per ridurre il dolore post-operatorio. Possono essere indicati degli antibiotici da assumere o preventivamente e/o successivamente all'intervento chirurgico. Per ridurre il rischio infettivo o in sua presenza, possono essere utilizzati e successivamente prescritti degli irriganti medicamentosi. È 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 e se ritenuto necessario, 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).

Cosa è necessario fare dopo l'estrazione e prognosi

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. Salvo diversa indicazione 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, o cotone idrofilo bagnato, 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, o cotone idrofilo bagnato.

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 in particolare le zone del cavo orale anestetizzate (labbra, guancia, lingua).

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. Può venire stimolato il riflesso del vomito durante il rilievo delle impronte. In particolari casi, con pazienti predisposti, si può manifestare un dolore articolare.

Imprevisti della fase protesica

Sono possibili delle decementazioni o fratture dei provvisori applicati fino all'ingestione. Anche se non programmato può risultare necessario "devitalizzare" il dente.

Materiali utilizzabili (esemplificazione fotografica)

Parte esterna.

E' predominante la parte estetica "bianca"



CERAMICA SU LEGA

Questo tipo di manufatto protesico è al giorno d'oggi, il miglior risultato da un punto di vista della funzionalità, della durata e dell'estetica con tutte le condizioni cliniche.

Parte interna.

Risulta evidente la struttura portante in lega



Denti anteriori



Parete "masticante" e rivolta verso il labbro e/o la guancia

Denti posteriori



Parete rivolta verso la lingua. E' evidente un bordo metallico



Parte esterna.

E' predominante la parte metallica

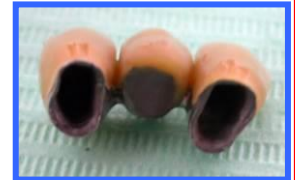


RESINA SU LEGA

Ha le stesse indicazioni, il medesimo risultato da un punto di vista della funzionalità, della durata nel tempo della corona in ceramica. L'unica differenza è estetica poiché la maggior parte della superficie esterna è del colore della lega utilizzata. Solo la parte rivolta verso la guancia è "bianca". E' consigliata se sono presenti altri manufatti protesici con componenti metalliche evidenti, in spazi ridotti, in pazienti con "problemi" occluso/articolari oppure per convenienza economica.

Parte interna.

Risulta evidente la struttura portante in lega



Dente anteriore



Parete rivolta verso il labbro e/o la guancia

Dente posteriore



Parete masticante e/o rivolta verso la lingua.



Parte esterna.

E' presente solo la parte estetica



CORONA IN CERAMICA SENZA SOTTOSTRUTTURA IN LEGA

Permette di ottenere degli ottimi risultati estetici per l'assenza della sottostante struttura metallica. Può essere eseguita solo se le condizioni cliniche lo permettono. In genere si utilizza nei settori anteriori. E' il manufatto protesico più costoso.

Parte interna.

Assenza di struttura portante in lega



Parete rivolta verso il labbro e/o la guancia









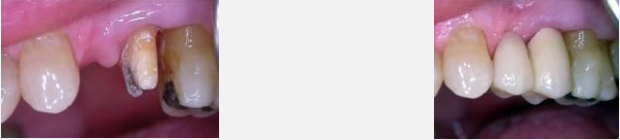


Parete masticante e/o rivolta verso la lingua.

Quanto tempo occorre per realizzare un ponte

Essendo, in genere, il ponte, l'ultimo stadio di tutti i piani di trattamento, il tempo necessario, per eseguirla, è influenzato dai trattamenti preprotetici (chirurgia preprotetica, chirurgia parodontale, terapie conservative, trattamenti endodontici, esecuzione dei perni moncone) quindi molto variabile. In genere, una volta rilevata l'impronta, per realizzare il ponte, il tutto si dovrebbe concludere entro un mese.




Importante da sottolineare (esemplificazione fotografica)

<p>Non è sempre prevedibile la corretta ricostruzione della papilla interdentale. Rimane un "triangolo nero"</p>	<p><i>Normale</i></p>		<p><i>Assente</i></p>
<p>Può risultare necessario dovere intervenire anche in un secondo tempo per migliorare gli spessori dei tessuti gengivali della zona corrispondente all'estrazione soprattutto quanto di risultati in termini di spessore orizzontale, verticale e come qualità dei tessuti è scarsa</p>			
<p>I denti sostituito possono essere "più lunghi", rispetto al normale, per la perdita di osso e gengiva conseguente all'estrazione dentaria</p>	<p><i>Parte in compensazione</i></p>		<p><i>Normale</i></p>
<p>L'estensione della parte "metallica" visibile può variare per rispondere ad esigenze cliniche, a volte, non prevedibili</p>			
<p>Non è sempre possibile riuscire ad ottenere una corretta architettura dei tessuti gengivali nei tre piani dello spazio</p>	<p><i>Corretta maturazione dei tessuti gengivali</i></p> 	<p><i>Non corretta maturazione dei tessuti gengivali. Ciò comporta un possibile inestetismo nel caso in cui il labbro dovesse scoprire questa zona e/o ristagno di cibo</i></p> 	
<p>Nel tempo è possibile notare il "bordo protesico" Questo problema è in genere assente con le corone senza sottostruttura metallica</p>	<p><i>Caso estremo</i></p> 		<p><i>Più probabile</i></p>
<p>In pochi e selezionati casi è possibile eseguire un ponte "in estensione" cioè un solo elemento dentario supporta quello mancante</p>			

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 prospettati come anche di tutto il cavo orale.

Alternative

<p>✗ Non eseguire nessuna cura</p>	
<p>○ Protesi mobile tipo "scheletrato". VANTAGGI: biologicamente meno aggressiva poiché non vengono "limati" elementi naturali (sempre che questi non abbiano già subito dei trattamenti odontoiatrici). Minor tempo di realizzazione. Reversibile nel tempo. Economicamente meno costosa. SVANTAGGI: più ingombrante. È una protesi che deve essere rimossa. Esteticamente meno valida per la presenza di ganci. La stabilità è ovviamente inferiore.</p>	
<p>○ California Bridge / Maryland Bridge. È una protesi fissa caratterizzata da una piccola preparazione dei denti pilastro. È possibile realizzarla se si ha un'ottima igiene orale domiciliare, se le condizioni cliniche lo permettono; in particolare, buona quantità di tessuto residuo e "buona salute" delle "fondamenta" del dente. VANTAGGI: biologicamente meno aggressiva poiché vengono "limati" molto poco gli elementi naturali. Economicamente meno costosa. SVANTAGGI: si decementano spesso. È quindi possibile realizzarli in condizioni cliniche estremamente limitate. Sono indicati per la sostituzione di un solo elemento dentario.</p>	
<p>○ Implantologia È possibile solo se si ha un'ottima igiene orale domiciliare, se le condizioni cliniche lo permettono; in particolare, buona quantità e qualità di tessuto osseo residuo e assenza di particolari malattie sistemiche. VANTAGGI: biologicamente meno aggressiva poiché, i denti, non vengono "limati". Viene ricreata una nuova radice. SVANTAGGI: tempi di realizzazione più lunghi. La provvisorizzazione è in genere affidata ad una protesi mobile che ha solo una funzione estetica e non funzionale (mangiare). Necessità di interventi chirurgici anche se ormai standardizzati e diventati di routine nello studio odontoiatrico. Possibilità di insuccesso del 5, 6%.</p>	

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

MALOCCLUSIONE		
<p>La malocclusione comporta un alterato carico funzionale a livello degli elementi dentari residui. Di conseguenza, è più probabile che si possano verificare dei cedimenti (es. fratture) delle riabilitazioni prospettate</p>		
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

EDENTULISMO		
<p>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 (es. fratture) delle riabilitazioni prospettate</p>		
Presenza	Fattore di rischio	Definizione
○	Edentulismo parziale	Significa la perdita di alcuni denti
○	Perdita dei rapporti intermascellari come la Dimensione Verticale di Occlusione	In occlusione, alcuni denti superiori chiudono all'interno dei rispettivi denti inferiori con possibile deviazione della mandibola ed asimmetria facciale

MALATTIA PARODONTALE		
Presenza	Fattore di rischio	Definizione
○	gingivite	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

CARIORECESSIONE		
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

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.

Rischi e complicanze. 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 raro in condizioni normali di lavoro.
- 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. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Fratture processo alveolare, mandibola, mascella. Ciò comporta una ferita maggiore oppure, nei casi di fratture più gravi, l'ospedalizzazione e conseguente ricovero e intervento chirurgico per ridurre la frattura. Evento comunque raro.
 - Solo per le estrazioni degli elementi dentari superiori posteriori, 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. Evento comunque raro.
 - Solo per le estrazioni degli elementi dentari superiori posteriori, possibile penetrazione nel seno mascellare di materiale estraneo (frammenti dentali) per contiguità, cioè vicinanza anatomica o erosione della corticale del seno per infezioni croniche. In questi casi è necessaria la rimozione del frammento 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. Evento comunque raro.
 - Osteiti, ostiomielite, alveolite postestrattiva, flemmone, ascesso, angina di Ludwig con conseguente reintervento, con tutto ciò che ne consegue e/o ospedalizzazione. Evento estremamente raro.
 - 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.
 - Emorragia con conseguente sanguinamento prolungato. Evento rarissimo possibile solo in pazienti predisposti per patologie preesistenti o che assumono particolari farmaci.
 - Ematoma e/o ecchimosi. Evento di possibile riscontro anche se non comune.
 - Scialoadenite delle ghiandole salivari (obliterazione del dotto escretore). Conseguente dolore, gonfiore e, in alcuni casi l'ospedalizzazione opportuna terapia medica di supporto. Evento comunque raro in condizioni normali di lavoro.
 - Lesione neurologica per contiguità anatomica con ipo-anestesia o paresi dei nervi di pertinenza (nervo alveolare inferiore, mentoniero, linguale nervo facciale). Ciò comporta quindi una riduzione delle sensibilità e/o della funzionalità. La riduzione della sensibilità è simile all'effetto dell'anestesia e può essere temporanea oppure, nei casi più gravi, permanente. Evento comunque raro in condizioni normali di lavoro.
 - Lussazioni e sublussazioni dell'articolazione temporomandibolare per lassità legamentosa o conseguente all'atto terapeutico. Evento comunque raro in condizioni normali di lavoro.
 - 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 denti, di frammenti di dente, di materiale organico o piccolo strumentario odontoiatrico. Evento comunque raro in condizioni normali di lavoro.
 - Nonostante la presenza di anestesia è possibile continuare ad avvertire dolore durante alcune fasi dell'estrazione. Se le eventuali dosi di rinforzo dell'anestetico non dovessero sortire l'effetto voluto è necessario interrompere l'intervento e rimandarlo successivamente.
 - Tutti i rischi conseguenti all'assunzione dei farmaci eventualmente prescritti prima e dopo la terapia odontoiatrica.
 - Reazioni allergiche ai materiali impiegati.
 - Riflesso del vomito durante 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.

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 naturali o artificiali 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 sia le zone posteriori come le anteriori,
- 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 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⁾.

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) Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia. Ministero della Salute. Segretariato Generale. Edizione settembre 2017
- 3) Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Ministero della Salute—10 ottobre 2008
- 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) Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Ministero della Salute—novembre 2013
- 7) <http://www.salute.gov.it/sorrisoSalute/paginaMenuSorrisoSalute.jsp?menu=patologie&lingua=italiano>