

**TERAPIA ORTODONTICA CON DISPOSITIVI FISSI
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). 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).

Diagnosi

<input type="radio"/> I classe di Angle	<input type="radio"/> destra	<input type="radio"/> sinistra	Le ossa mascellari sono in corretto rapporto tra di loro
<input type="radio"/> II classe di Angle I divisione	<input type="radio"/> destra	<input type="radio"/> sinistra	Il mascellare superiore si trova collocato troppo in avanti o la
<input type="radio"/> II classe di Angle II divisione	<input type="radio"/> destra	<input type="radio"/> sinistra	mandibola troppo indietro o entrambe le condizioni associate
<input type="radio"/> III classe di Angle	<input type="radio"/> destra	<input type="radio"/> sinistra	La mandibola è posizionata troppo in avanti o il mascellare superiore troppo indietro o entrambe le condizioni associate
<input type="radio"/> morso crociato anteriore	<input type="radio"/> destro	<input type="radio"/> sinistro	In occlusione, alcuni denti superiori chiudono all'interno dei rispettivi denti inferiori
<input type="radio"/> morso aperto anteriore	<input type="radio"/> destro	<input type="radio"/> sinistro	In occlusione, alcuni elementi dentari non vanno a contatto e si crea una beanza tra gli stessi
<input type="radio"/> morso profondo	In occlusione, gli incisivi superiori coprono eccessivamente quelli inferiori		
<input type="radio"/> affollamento dentario	I denti sono sovrapposti		
<input type="radio"/> diastemi interdentali	Spazio tra i denti		
<input type="radio"/>			

Cos'è l'ortodonzia

E' quella branca dell'odontoiatria che si occupa di prevenzione, diagnosi e trattamento delle malocclusioni che possono manifestarsi come anomalia di posizione e di sviluppo di denti, mandibola e mascellare superiore.

Esami preliminari

Dopo avere effettuato la prima visita, si eseguono vari esami clinici (ispezione, palpazione e percussione) e anche radiografici (RX endorali e/o OPT e/o radiografia laterolaterale del cranio 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.

Terapia prospettata

Terapia ortodontica fissa:

<input type="radio"/> nell'arcata superiore	<input type="radio"/> nell'arcata inferiore
<input type="radio"/> nell'arcata superiore ed inferiore	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> associata a stripping cioè la riduzione dello spessore laterale dei denti per recuperare dello spazio attraverso strumenti manuali quali strisce abrasive o frese montate su strumenti dinamici	
<input type="radio"/> associata ad estrazione del/dei elementi dentari	

Quale è l'obiettivo della terapia ortodontica?

I principali obiettivi del trattamento ortodontico sono il miglioramento della situazione evidenziata con la diagnosi per ottenere una funzione masticatoria efficiente, un corretto rapporto tra i mascellari, un corretto allineamento dei denti ed una buona estetica del sorriso e del viso.

In cosa consiste la terapia ortodontica fissa?

Consiste nell'utilizzare delle placchette (chiamate anche piastrine o bracket) e anelli (in genere solo negli elementi dentari posteriori) che una volta incollati agli elementi dentari, in associazione ad un filo metallico o archi, contribuiscono allo spostamento dei denti. In alcuni casi è necessaria l'applicazione di molle o elastici che servono ad ottenere lo spostamento degli elementi dentari. Per permettere il funzionamento degli elastici, che devono essere sostituiti domiciliariamente, sono presenti anche dei ganci.



Fasi operatorie distribuite in più sedute

- In ogni seduta il paziente deve essere disteso sulla poltrona odontoiatrica (non è possibile lavorare con il paziente seduto);
- in genere si rilevano delle impronte. In pazienti predisposti, si può avere lo stimolo del riflesso del vomito;
- si procede con la cementazione dei bracket, delle bande e di tutti i dispositivi fissi compresi gli archi o i fili;
- nelle sedute successive si adattano queste componenti in base al risultato che si vuole ottenere;
- alla fine della terapia si rimuovono le componenti fisse;
- si procede con una eventuale contenzione (vedi capitolo specifico) oppure si controlla nel tempo per un eventuale ulteriore trattamento.

Materiali utilizzati

I fili e gli archi ortodontici sono disponibili in diversi tipi di leghe: acciaio inossidabile, nichel titanio, titanio molibdeno, cromo cobalto. Non è in genere presente il nichel.

Le bande che si inseriscono, in genere negli elementi dentari posteriori, sono in acciaio.

I bracket sono in:

- in acciaio

- ceramica
- fibra di vetro
- materiali plastici

Quanto tempo occorre durante le sedute?

La terapia prevede momenti in cui è necessario applicare o rimuovere i dispositivi. Le sedute, in questo caso, possono impegnare dai 30 ai 90 minuti. Generalmente sono indicate molte sedute di controllo che, nella maggior parte dei casi, prevedono poche azioni, la cui durata si può concludere in pochi minuti.

E' prevedibile la durata del trattamento?

No, non è prevedibile ed è solo ipotizzabile per vari motivi tra cui: non è sempre predicibile come si svilupperà il soggetto; non è sempre prevedibile avere una risposta in termini di spostamento dentale o delle strutture ossee, nei tempi voluti.

E' prevedibile il risultato che si riuscirà ad ottenere?

No, in quanto il risultato è influenzato da fattori individuali non controllabili e non gestibili a priori come l'impossibilità di spostare i denti a causa di anchilosi ossea oppure la crescita sfavorevole delle ossa in maniera non prevedibile.

Rischi in caso di mancato trattamento Sono tutti possibili ma con una maggior possibilità per quelli evidenziati

- Permanenza della malocclusione esistente
- Aggravamento della malocclusione esistente
- Maggior rischio di carie questo in quanto un non corretto allineamento dei denti favorisce il ristagno di placca e rende più difficili le manovre di igiene orale
- Masticazione meno efficace
- Digestione più difficoltosa
- Affezioni della mucosa orale e delle gengive
- Compromissione dell'estetica del viso
- Compromissione dell'estetica dei denti
- Possibile comparsa di Disordini Cranio Cervico mandibolari
-

Posso interrompere la terapia?

E' possibile interrompere la terapia ma, in questo caso, è necessario rimuovere tutte le apparecchiature fisse ed è possibile che non si mantengano neanche i risultati ottenuti.

Il risultato che ottengo è definitivo?

No. Si possono verificare, nel tempo, recidive cioè spostamento degli elementi dentari in un posizione simile alla situazione pre trattamento. Tanto è vero che è indicata una contenzione ortodontica, fissa o mobile, cioè un sistema che permetta il mantenimento, per quanto possibile, del risultato ottenuto.

Quindi consiglio di procedere con una contenzione:

- fissa
- mobile

Si possono comunque manifestare anche spostamenti fisiologici (dal momento che nel tempo i denti tendono comunque a muoversi indipendentemente dai trattamenti ortodontici eseguiti). Nella maggior parte dei casi sono comunque di lieve entità e non influiscono sul risultato ottenuto. In casi più rari potrebbe risultare necessario reintervenire, in genere, con terapie più brevi. Movimenti dei denti possono essere causati anche dal permanere di abitudini viziate quali la deglutizione infantile e/o atipica (in sostanza la punta della lingua, durante le fasi di deglutizione si interpone tra i denti anteriori e non sale verso il palato), la respirazione orale, oppure legata all'estrazione di alcuni elementi dentari o per malattie parodontali cioè perdita dei tessuti di sostegno del dente.

E' possibile suonare strumenti a fiato?

In genere, la terapia ortodontica fissa, non riduce le capacità di suonare strumenti a fiato.

E' possibile praticare attività sportiva?

E' possibile praticare attività sportiva ma, se questa prevede possibile contatto con avversari o palle (sport di squadra) o rischio di cadute (sci, ciclismo ,,,) è indicato utilizzare dei paradenti termo adattabili. Questi

devono essere confezionati coprendo i dispositivi fissi con cera ortodontica. L'obiettivo è impedire che la resina, in fase di raffreddamento, possa andare nei sottosquadri e provocare il distacco degli stessi.

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. Si possono formare delle lesioni a livello dei tessuti molli in genere guaribili nell'arco di pochi giorni. In particolari casi, con pazienti predisposti, si può manifestare un dolore articolare.

Collaborazione

La collaborazione è indispensabile per cercare di raggiungere il più possibile i risultati prefissati. E' necessario attenersi alle prescrizioni ed alle indicazioni date sia per quanto riguarda l'igiene orale, una corretta masticazione e l'impiego dell'apparecchio.

Imprevisti

Distacco od usure di parti dell'apparecchio durante l'utilizzo domiciliare.
Ferite dei tessuti molli come labbra, guance, lingua.

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. E' normale avvertire comunque un ingombro diverso. Soprattutto nelle prime fasi è anche possibile mordersi le labbra, le guance e la lingua. E' normale che vi sia un aumento del ristagno di cibo. Meglio evitare cibi collosi.

In questo piano di trattamento sono ricomprese tutte le terapie che saranno necessarie, oltre a quella ortodontica?

No, non sono ricomprese le terapie che eventualmente si presenteranno e sarà necessario affrontare. Questo in quanto, essendo il trattamento ortodontico lungo, potrà presentarsi la necessità di procedere con terapie chirurgiche, conservative o endodontiche. In questi casi, sarà presentato un nuovo ed ulteriore piano di trattamento e preventivo di spesa.

Possibili alternative

✘ non eseguire nessuna cura con il mantenimento della anomalia riscontrata	
○ terapia ortodontica con apparecchiature cosiddette trasparenti	
vantaggi rispetto alla terapia prospettata: - vantaggio estetico - è possibile rimuoverlo anche se solo durante i pasti - è più facile pulire i denti con un conseguente minor rischio di sviluppare carie o gengiviti - è meno probabile che possa causare lesioni	svantaggi rispetto alla protesi prospettata: - tempi di realizzazione più lunghi - economicamente più cara - occorre una maggiore collaborazione
○ terapia ortodontica con apparecchiature linguali	
vantaggi rispetto alla terapia prospettata: - vantaggio estetico	svantaggi rispetto alla protesi prospettata: - più ingombrante - più costosa
○ riabilitazione protesica fissa	
vantaggi rispetto alla protesi prospettata: - tempi di realizzazione più brevi	svantaggi rispetto alla protesi prospettata: - terapia biologicamente più aggressiva dal momento che si sacrifica tessuto dentale sano - a volte risulta necessario trattare endodonticamente il dente

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

- L'incollaggio della componente fissa dell'apparecchio può indurre cambiamenti dello smalto del dente con perdita di sostanza. Il danno conseguente è biologico per la perdita di sostanza dentale ed estetico. Il problema, se esteticamente o funzionalmente importante, è risolvibile con interventi ricostruttivi conservativi (es: otturazioni) o, solo in casi estremamente rari, protesici (corone o faccette).

- Durante le fasi di distacco della componente fissa dell'apparecchio è possibile indurre cambiamenti dello smalto del dente con perdita di sostanza. Il danno conseguente è biologico per la perdita di sostanza dentale ed estetico. Il problema, se esteticamente o funzionalmente importante, è risolvibile con interventi ricostruttivi conservativi (es: otturazioni) o, solo in casi estremamente rari, protesici (corone o faccette).
- La componente fissa dell'apparecchio può indurre cambiamenti del colore dello smalto del dente. Il danno conseguente è estetico. Il problema, se esteticamente importante, è risolvibile con interventi ricostruttivi conservativi (es: otturazioni) o, solo in casi estremamente rari, protesici (corone o faccette).
- Le apparecchiature ortodontiche fisse possono provocare un riassorbimento della radice dei denti coinvolti con possibile riduzione della lunghezza radicolare. Ciò comporta un danno biologico con possibile riduzione della capacità del dente di supportare i carichi che si hanno durante la funzione masticatoria o comunque anche durante il contatto tra i denti. In casi estremi, ciò potrebbe comportare la perdita precoce degli elementi dentari interessati.
- Le apparecchiature ortodontiche fisse possono provocare danni alla polpa dentale con conseguente possibile dolore durante la funzione e/o ipersensibilità dentale. In genere è un fenomeno reversibile che tende a regredire nel tempo sia durante il trattamento e, a maggior ragione, al termine dello stesso. In casi estremamente rari, è possibile arrivare anche alla necrosi pulpale che si manifesta o solo radiograficamente (con evidenza di una reazione ossea come il c.d. granuloma) o con dolore o fenomeni acuti come ascessi. Ciò comporta la necessità di trattare endodonticamente (devitalizzare) l'elemento dentario.
- Permanenza di residui di resina e adesivo, utilizzati per incollare le parti ortodontiche fisse, dopo le fasi di distacco delle stesse. Il danno è puramente estetico ed è possibile vederli anche a distanza di tempo. Si risolve semplicemente rimuovendo i residui.
- Formazione di lesioni cariose in corrispondenza delle componenti ortodontiche fisse. Il danno è biologico ed estetico. Ciò comporta la necessità di rimuovere il tessuto carioso attraverso cure conservative (otturazioni) o, solo nei casi in cui il processo carioso dovesse essere particolarmente importante, la sua devitalizzazione.
- Usura dei denti per contatto degli stessi con le componenti ortodontiche fisse o mobili. Il danno conseguente è biologico per la perdita di sostanza dentale ed estetico. Il problema, se esteticamente o funzionalmente importante, è risolvibile con interventi ricostruttivi conservativi (es: otturazioni) o, solo in casi estremamente rari, protesici (corone o faccette).
- Gengivite. Cioè infiammazione della gengiva con possibile sanguinamento, aumento del volume gengivale, dolore, difficoltà masticatorie. E' dovuta ad un maggior ristagno di placca e conseguente difficoltà di detergere le superfici dentali. E' un fenomeno reversibile controllabile con una buona igiene orale domiciliare e professionale.
- Parodontite. Cioè perdita dei tessuti di sostegno del dente caratterizzata da infiammazione gengivale, formazione di tasche parodontali, mobilità dentaria, riassorbimento dell'osso alveolare con perdita, negli stadi più avanzati, degli elementi dentari. E' dovuta ad un maggior ristagno di placca e conseguente difficoltà di detergere le superfici dentali e ad una predisposizione individuale alla patologia.
- Ipertrofia gengivale. Cioè aumento del volume gengivale. Il danno è estetico con possibile dolore e difficoltà masticatoria. Il fenomeno è reversibile una volta rimosso l'apparecchio.
- Recessione gengivale. Cioè scoperta di una quota di radice dentale conseguente alla migrazione del tessuto gengivale ed osseo. Il danno è estetico, biologico e si può manifestare ipersensibilità. Nel caso in cui la recessione dovesse quindi risultare antiestetica o provocare ipersensibilità del dente si può procedere, se possibile, con la ricostruzione dei tessuti gengivali attraverso tecniche di chirurgia mucogengivale. E' utile precisare che non è sempre possibile ricoprire al 100% la superficie dentale esposta.
- Perdita della papilla interdentale. Cioè quella quota di gengiva che si trova la di sotto della superficie di contatto tra i denti. Il danno è prevalentemente estetico e può comportare un maggior ristagno di cibo. E' difficilmente risolvibile.
- Disordini dell'articolazione temporomandibolare. Cioè un insieme di condizioni dolorose e/o disfunzionali di natura infiammatoria o degenerativa che interessano le articolazioni temporomandibolari, la muscolatura masticatoria e le strutture che con esse contraggono rapporti anatomico-funzionali.
- Complicanze neurologiche per la presenza di radici particolarmente lunghe e larghe che potrebbero andare a comprimere, durante il loro spostamento, strutture nervose. Evento che potrebbe comportare parestesia (cioè riduzione della sensibilità e della capacità motoria) di alcune componenti del terzo inferiore del viso come il labbro. Il fenomeno potrebbe essere reversibile, e ritornare tutto alla normalità in alcuni mesi o irreversibile. E' comunque estremamente raro.

- Alterazioni dell'estetica iniziale, non sempre in senso positivo, come si era prefissati di raggiungere e programmati. E' utile evidenziare che l'estetica è soprattutto soggettiva e non è possibile guidarla e controllarla preventivamente con la semplice terapia ortodontica
- Durante i vari passaggi clinici è possibile avere disagio rispetto alla terapia iniziata sino ad insopportazione e irritazione per quanto si sta facendo, con scarso aiuto sino alla richiesta di interrompere la terapia.
- Ingestione involontaria di piccolo strumentario odontoiatrico o prodotti vari durante le fasi attive. Evento comunque raro in condizioni normali di utilizzo.
- Ingestione involontaria di parti dell'apparecchio per distacco degli stessi durante l'utilizzo domiciliare. Evento comunque raro 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 durante tutte le fasi terapeutiche.
- Durante le sedute operatorie 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.
- 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 durante le fasi cliniche. 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.
- Lesione dei tessuti molli (labbra, guance, lingua) e/o gengivali per la presenza delle apparecchiature fisse. Evento comune affrontabile con cera ortodontica che, applicata domiciliariamente, riduce la parte eventualmente traumatizzante dell'apparecchio
- Stomatiti, generalmente di origine micotiche (candida). Evento possibile e curabile attraverso farmaci antifungini e migliorando l'igiene orale domiciliare.

Rischi e complicanze conseguenti all'utilizzo eventuale di 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";
- spazzolare i denti, ed in particolare le zone, vicine alle componenti fisse con spazzolini dedicati.

Igiene alimentare

Anche una dieta appropriata rappresenta un importante contributo alla prevenzione delle malattie dei denti ed, in particolare, l'insorgenza della carie che, ha una maggior frequenza di insorgenza durante la terapia ortodontica. 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.

Visite periodiche

Una volta terminato il trattamento è importante sottoporsi regolarmente a visite periodiche per identificare e poter curare, sin dalle prime fasi, eventuali processi patologici a carico dei denti e delle gengive.

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) 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)
- 4) Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta - Ministero della Salute—Dicembre 2009
- 5) Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Ministero della Salute—10 ottobre 2008
- 6) Linee guida in Odontoiatria - Comitato Intersocietario di Coordinamento delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane (CIC)

- 7) Nomenclatore odontoiatrico Italiano - 2008 - Commissione Nazionale per gli iscritti all'albo degli Odontoiatri (CAO Nazionale) e Comitato Intersocietario di Coordinamento delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane (CIC)