



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CATANIA

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Questa parte eminentemente “pratica” della pubblicazione vuole solamente essere una sommaria guida per il comportamento dell’odontoiatra nei riguardi del paziente per quanto attiene il consenso informato.

Vale la pena rimarcare gli articoli 29 e 31 del Codice di Deontologia Medica, nei quali è previsto che l’informazione al paziente è un dovere del medico ed essa deve essere completa e soprattutto presentata in modo da essere comprensibile facilmente, mentre il consenso informato in forma scritta non sostituisce ma integra l’informazione orale ed è richiesto nei casi di prestazioni complesse ove è necessaria una manifestazione inequivoca della volontà del paziente.

In campo odontoiatrico esistono certamente molte prestazioni complesse che sono tali per il tempo che richiedono, per la mole di conoscenze necessarie, per la molteplicità e peculiarità dei materiali utilizzati ed anche per il costo delle stesse e per le aspettative che talora il paziente nutre nei confronti dell’odontoiatra.

Appare pertanto evidente che può essere assai importante integrare l’informazione orale che doverosamente si fornisce al paziente con una informazione scritta che sia di utilità ad entrambe le parti, ed a tale scopo sono stati elaborati dei moduli che devono comunque essere completati sia secondo la necessità dell’odontoiatra sia per personalizzare il consenso in funzione del trattamento che viene proposto.

Sono stati presi in considerazione una serie di interventi che possono essere considerati particolarmente complessi per le ragioni che abbiamo sopraelencato.

Essi sono:

TERAPIA CONSERVATIVA ED ENDODONTICA

Questo trattamento viene preso in considerazione perché, pur trattandosi di quanto di più routinario ci sia nella pratica odontoiatrica ed al punto da ritenersi sufficiente l’informazione orale, vi sono casi che per motivi dentari, per patologie associate, per vizi ed abitudini del paziente possono realmente essere considerati complessi.

CHIRURGIA ORALE

Si tratta certamente della materia più complessa e vasta che può spaziare dalla estrazione di un ottavo in disodontiasi, alla apicectomia, alla chirurgia parodontale mucosa, ossea, rigenerativa, ma può rendersi necessario il consenso informato scritto anche per delle semplici estrazioni per le stesse ragioni che vengono considerate riguardo la conservativa.

Il modulo appare assai spoglio e va quindi accuratamente completato e personalizzato e vanno ben chiarite le possibilità di insuccesso, di recidiva e di complicazioni legate al singolo intervento.

CHIRURGIA IMPLANTARE O5 TEOINTEGRATA

RICOSTRUZIONE PROTESICHE COMPLESSE

ORTODONZIA

PROTESI MOBILE

Inoltre per integrare correttamente l’informazione viene proposto in modo semplice un ulteriore modulo che riguarda:

ANAMNESI

Si rimarca il fatto che un'anamnesi scritta integra, ma non sostituisce l'anamnesi orale.

ANESTESIA

Crediamo così di completare in modo pratico una pubblicazione che riteniamo utile per tutti gli odontoiatri, ma soprattutto per coloro che svolgono l'attività nel proprio studio e giornalmente devono affrontare una infinità di problemi, da risolvere nel rispetto del paziente e tale rispetto non può e non deve prescindere da una corretta informazione.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI
CHIRURGIA IMPLANTARE OSTEOINTEGRATA

Sig. /Sig.ra nato a il

Gentile Paziente, in questo modulo vengono riassunti concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

L'intervento di **chirurgia implantare osteointegrata** consiste nell'inserimento chirurgico di una o più radici artificiali (viti in titanio) nell'osso mandibolare o mascellare per ottenere un supporto protesico variamente utilizzabile per protesi fissa o mobile.

Nella tecnica a "vite sommersa" è necessario un secondo intervento chirurgico dopo un periodo di... mesi per l'attivazione dell'impianto.

DESCRIZIONE SPECIFICA DELL'INTERVENTO

.....
.....
.....
.....
.....

BENEFICI GENERICI

Si ottiene la possibilità di sostituire elementi dentari mancanti o di stabilizzare protesi mobili.

BENEFICI SPECIFICI

.....
.....
.....
.....

RISCHI GENERICI

Si ha conoscenza limitata del comportamento delle viti nel lungo periodo; la percentuale di successo è variabile (85-90%); sono necessari due o più interventi chirurgici; il tempo di completamento della terapia non è immediato.

Risultati estetici ottimali e duraturi talvolta sono difficili da ottenere.

RISCHI SPECIFICI

.....
.....
.....

CARATTERISTICHE DEI MATERIALI

Titanio chirurgico o leghe di titanio. Si tratta di materiali utilizzati con successo da decenni anche in altre branche della medicina (es. ortopedia).

COMPLICAZIONI POSSIBILI

Sono legate all'intervento chirurgico: infiammazione, infezione, dolore ed emorragia, di norma controllabili a domicilio.

Si possono ledere strutture anatomiche quali nervo alveolare inferiore o seno mascellare, ma questo è reso molto improbabile da una corretta diagnosi radiografica pre-operatoria.

Gli impianti possono essere perduti per non osteointegrazione o infezione nei primi mesi.

Non è descritto in letteratura alcun fenomeno di rigetto; si possono invece verificare cedimenti delle componenti implantare aggiunte e proteiche (es. piccole viti di serraggio).

ALTERNATIVE

.....
.....
.....
.....
.....

ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE

.....
.....
.....

Io sottoscritto Dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di chirurgia implantare osteointegrata indicato nel modulo in oggetto e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento. Presto pertanto il mio assenso all'intervento ed alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

..... li,

Firma del Paziente (o del Legale Rappresentante)

Firma del Medico

(Firma del Testimone)

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI
TERAPIA PROTESICA COMPLESSA**

Sig. /Sig.ra nato a il

Gentile Paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

L'intervento consiste nella esecuzione di manufatti protesici di vario tipo con la comune caratteristica di essere costruiti sulla dentatura residua del paziente, utilizzata parzialmente o in toto. Comportano spesso una riabilitazione funzionale della masticazione ed anche una riprogrammazione dell'estetica della bocca,

DESCRIZIONE SPECIFICA DELL'INTERVENTO

.....
.....
.....
.....
.....

BENEFICI GENERICI

Consistono nella riabilitazione funzionale e nel ripristino estetico, ove possibile.
Consolidano nei collegamenti estesi una dentatura esistente parzialmente compromessa.

BENEFICI SPECIFICI

.....
.....
.....
.....

RISCHI GENERICI

Consistono nella necessità di preparazioni protesiche estese e comportano sacrificio biologico di tessuto dentale e possibilità di devitalizzazioni.

La durata della terapia può essere lunga con possibili disagi temporanei legati alla protesi provvisoria.

Richiedono maggiore difficoltà ed impegno nelle manovre di igiene orale.

RISCHI SPECIFICI

.....
.....
.....
.....

CARATTERISTICHE DEI MATERIALI

Resina: biologicamente non completamente neutra, deteriorabile con facilità nel tempo, ma molto facile da lavorare ed abbastanza economica.

Leghe auree dentarie: ottimamente tollerate, adattabile e funzionalmente molto indicate. Hanno scarsa validità estetica.

Metallo-ceramica: esteticamente ottimali con maggiori problemi di adattabilità funzionale, comporta qualche rischio di maggior fragilità e tempi più lunghi di esecuzione.

COMPLICAZIONI GENERICHE

C'è la possibilità di dover rivalutare il programma terapeutico nel corso di lunghi trattamenti. E' possibile una ipersensibilità con necessità di dover devitalizzare i denti preparati. Possibili complicazioni legate all'esecuzione tecnica del manufatto non verificabili dall'odontoiatra (es. bolla d'aria in una saldatura o in una ceramica).

COMPLICAZIONI SPECIFICHE

.....
.....
.....

ALTERNATIVE

.....
.....
.....

ALTRE INFORIVIAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE

.....
.....
.....

Io sottoscritto, dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della **ricostruzione protesica** indicata nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento.

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

..... li,

Firma del Medico

Firma del Paziente (o del Legale Rappresentante)

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI
TERAPIA CONSERVATIVA ED ENDODONTICA .

Sig./Sig.ra nato a il

Gentile Paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Rimozione con mezzi meccanici (trapano e strumenti manuali) della carie ed eventualmente del tessuto pulpare (devitalizzazione) con successiva otturazione o ricostruzione del dente.

BENEFICI GENERICI

Eliminazione della patologia e della sintomatologia ad essa collegata (dolore, gonfiore, febbre).

BENEFICI SPECIFICI

Conservazione dell'elemento dentale.

RISCHI

Possono essere legati all'uso degli strumenti meccanici: piccoli traumi delle mucose.

Può verificarsi l'ingestione accidentale dei piccoli strumenti utilizzati.

CARATTERISTICHE DEI MATERIALI

Per l'otturazione o la ricostruzione dei denti trattati si utilizzano materiali che possono essere provvisori quali i cementi all'ossifosfato ed all'ossido di zinco-eugenolo e come tali sono soggetti ad usurarsi in superficie od anche a staccarsi, nonché materiali definitivi quali l'amalgama, lega composta da diversi materiali, le resine composite, il cemento vetroionomerico ed il compomero, che sono diversi per natura, estetica e durata.

Nella *terapia endodontica* vengono utilizzati cementi canalari per lo più in associazione con la guttapercha (gomma) e possono essere effettuate medicazioni temporanee per prodotti specifici mentre la ricostruzione dei denti devitalizzati avviene coi materiali indicati precedentemente con l'utilizzo o meno di perni endocanalari in metallo od in fibra di carbonio.

COMPLICANZE

Si premette che l'obiettivo di questa terapia è la conservazione del dente, se possibile vitale, pertanto in particolari situazioni quali carie profonde possono persistere per periodi più o meno lunghi i sintomi preesistenti (sensibilità termica e dolore) od in situazioni limite possono accentuarsi dando origine a patologie più complesse.

se con questa evoluzione: **carie profonda > infiammazione acuta della polpa > morte del dente > ascesso** con necessità pertanto della terapia endodontica.

nei denti devitalizzati è possibile una percentuale di insuccesso o di recidive che richiedono il ritrattamento.

È inoltre frequente la frattura dei denti devitalizzati, causata da una eccessiva perdita di tessuto dentale sano, con il rischio di dover procedere alla estrazione del dente; tutto questo si può prevenire con terapia protesica fissa.

ALTERNATIVE

.....
.....
.....

ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE

.....
.....
.....

Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della **terapia conservativa ed endodontica** indicata nel presente modulo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento. Presto pertanto il mio consenso alle terapia conservativa ed endodontica che mi è stata illustrata e spiegata.

..... li,

Firma del Medico

.....
Firma del Paziente (o del Legale Rappresentante)
.....

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI
CHIRURGIA ORALE**

Sig./Sig.ra nato a il

Gentile Paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

TIPO DI INTERVENTO

.....
.....
.....

DESCRIZIONE SPECIFICA DELL'INTERVENTO

.....
.....
.....

BENEFICI GENERICI

Eliminazione di una situazione patologica in atto ed eliminazione dei sintomi ad essa associati: dolore, gonfiore, febbre.

BENEFICI SPECIFICI

.....
.....
.....

RISCHI ASSOCIATI

.....
.....
.....

CARATTERISTICHE DEI MATERIALI (OVE UTILIZZATI)

.....
.....
.....

COMPLICAZIONI GENERICHE

Sono legate all'intervento chirurgico ovvero infezione, infiammazione, dolore, emorragia, di norma controllabili a domicilio secondo le istruzioni fornite dal medico.

È possibile un lieve stato febbrile.

COMPLICAZIONI SPECIFICHE

.....
.....
.....

ALTERNATIVE

.....
.....
.....

ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE

.....
.....
.....

Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di **chirurgia orale** indicata nel presente modulo in oggetto e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento. Presto pertanto il mio consenso all'intervento di che mi è stato illustrato e spiegato.

..... li,

Firma del Medico

.....
Firma del Paziente (o del Legale Rappresentante)
.....

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI
PROTESI MOBILE

Sig./Sig.ra nato a il

Gentile Paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già verbalmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

.....
.....
.....

PROTEZI PARZIALE: applicazione di una protesi mobile con appoggio mucoso e su elementi dentali residui.

PROTESI TOTALE: applicazione di protesi mobile con appoggio sulla sola mucosa orale.

Tali protesi vengono costruite su modelli derivati da impronte di precisione rilevate sul paziente.

BENEFICI

Permettono il ripristino della funzione masticatoria e, ove possibile, dell'aspetto estetico.

RISCHI SPECIFICI

L'appoggio mucoso della protesi mobile può nel corso del tempo provocare un incremento del riassorbimento osseo delle creste alveolari del mascellare superiore ed inferiore.

COMPLICAZIONI

Le complicazioni derivanti da queste protesi possono essere numerose, ma nella maggior parte dei casi non particolarmente rilevanti.

Si possono avere lesioni mucose da decubito, dolenzia degli elementi dentali portanti gli appoggi nella protesi parziale, maggior sensibilità degli stessi alla carie ed ai problemi parodontali.

Nella protesi totale il problema più sentito è la instabilità che spesso è collegata a situazioni anatomiche e funzionali del paziente anche variabili nel tempo.

Un non corretto uso delle protesi mobili, con particolare riferimento ad una igiene orale insufficiente, può provocare infezione delle mucose orali.

Sono descritti rarissimi casi di patologie tumorali a carico delle mucose orali nei portatori di protesi mobile.

MATERIALI

Resina acrilica, leghe in cromo-cobalto-molibdeno od auree, denti del commercio o personalizzati in resina acrilica, materiale composito e ceramica. Questi materiali possono avere in soggetti predisposti effetti allergizzanti a breve od a lungo termine.

ALTERNATIVE

Ove possibile la protesi fissa oppure ricostruzioni protesiche complesse. In certi casi la Chirurgia Implantare (osteointegrata) risolve in maniera soddisfacente i problemi legati alla mobilità.

ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE

.....
.....
.....

Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di **protesi mobile** indicato nel modulo in oggetto e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento. Presto pertanto il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

..... li,

Firma del Paziente (o del Legale Rappresentante)

Firma del Medico

(firma del Testimone)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Le risposte al presente questionario sono strettamente riservate e legate al vincolo del segreto professionale.

Ogni risposta non sincera è rischio per il paziente, per il medico e per tutto il personale dello studio ed ostacola la miglior riuscita di ogni terapia.

Nome Cognome

Domicilio tel.

Data di nascita Luogo di nascita

Professione Medico Curante Dott.

Indirizzato a questo Studio da

È in buona salute attualmente?	SI	NO
Ha avuto in passato malattie gravi od interventi chirurgici?	SI	NO
Se sì, quali		
Sta attualmente facendo cure mediche?	SI	NO
Se sì, quali		
Ha avuto o ha:		
Malattie di cuore	SI	NO
Pressione alta	SI	NO
Allergie	SI	NO
Se sì, quali		
Diabete	SI	NO
Epatiti virali	SI	NO
Altre malattie del fegato	SI	NO
Malattie renali	SI	NO
Malattie della tiroide	SI	NO
Malattie dello stomaco	SI	NO
Malattie del tubo digerente	SI	NO
Malattie polmonari	SI	NO
Malattie veneree	SI	NO
Malattie nervose o depressive	SI	NO
Malattie del sangue, emorragie	SI	NO
Altre malattie non precedentemente elencate	SI	NO
Se sì, quali		
DOMANDE SUL COMPORTAMENTO		
Fuma	SI	NO
Beve alcolici abitualmente	SI	NO
È o è stato in uno dei gruppi a rischio per l'AIDS (omosessuale, tossicodipendente, multipartner sessuale: non specificare)	SI	NO
Se sì, è positivo all'HIV	SI	NO
Prende abitualmente medicinali	SI	NO
Se sì, quali		
STATO DI GRAVIDANZA	SI	NO

..... li,

firma del paziente

.....

NOTE INFORMATIVE SULL'ANESTESIA

Nella terapia odontoiatrica è molto spesso necessario praticare l'anestesia: si tratta di **anestesia locale** che si effettua con una iniezione vicina al dente od alla parte da curare oppure direttamente sul tronco nervoso principale nell'arcata inferiore, nel qualcaso si parla di anestesia tronculare.

L'anestetico locale è naturalmente un FARMACO e come tale può presentare effetti indesiderati.

Vi sono rischi di INTERAZIONE con altri farmaci perciò è assai importante conoscere se il paziente ne sta assumendo e quali.

La presenza nell'anestetico del VASOCOSTRITTORE, quando previsto, è controindicata in molte patologie quali Nefropatie, Ipertensione Arteriosa, Malattie Ischemiche, Ipertiroidismo, Diabete, Glaucoma e nel corso di Gravidanza accertata od anche solo presunta.

Sono possibili EFFETTI COLLATERALI più spesso di natura nervosa quali eccitamento, tremori, disorientamento e vertigini. Anche sudorazione, aritmie, nausea e vomito.

Nei **soggetti predisposti ed ipersensibili** sono possibili FENOMENI ALLERGICI per lo più locali che si manifestano con orticaria e prurito cutanei, ma si possono avere anche fenomeni generali caratterizzati da broncospasmo ed edema laringeo fino al quadro di collasso cardiocircolatorio da shock anafilattico.

FARMACI USATI

Si tratta sempre e comunque di farmaci prodotti da industrie farmaceutiche di primaria importanza, diffusi ed utilizzati in tutto il mondo da molti anni.

ALTERNATIVE

È difficile proporre delle alternative all'uso dell'anestesia locale se non nei casi nei quali è possibile effettuare la terapia senza il bisogno dell'anestesia (detartrasi, piccole cure e poco più).

ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE

.....
.....
.....

Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura dell'anestesia locale in terapia odontoiatrica e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbe derivarne.

Presto pertanto il mio assenso all'uso dell'anestesia locale nel corso degli interventi e delle terapie odontoiatriche.

..... li,

Firma del Paziente (o del Legale Rappresentante)

Firma del Medico

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI TRATTAMENTO ORTODONTICO

Sig.
Ai genitori di

Gentile paziente, lo scopo di questo modulo è di avere per iscritto una sintesi dei concetti a Lei/Loro verbalmente espressi nel corso della visita, relativi ai problemi potenziali che potrebbero verificarsi durante la terapia ed il Suo/Loro consenso alla realizzazione del trattamento ortodontico.

Infatti il miglior risultato ortodontico si ottiene con pazienti e genitori informati e collaboranti; per questo motivo è bene che le informazioni di seguito riportate siano sempre fornite a chiunque si accinga ad intraprendere un trattamento ortodontico.

– OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Raggiungere un buon allineamento dentale ed un corretto rapporto tra le arcate nel rispetto dei tessuti molli e dell'articolazione temporo-mandibolare. Per il raggiungimento di questi obiettivi il piano di trattamento può, in alcuni casi, richiedere l'estrazione di elementi dentari "di latte" e/o permanenti ed a volte lo spostamento delle ossa della faccia con la chirurgia.

Per un favorevole svolgimento e successo della terapia il paziente deve impegnarsi a: 1) presentarsi agli appuntamenti stabiliti; 2) mantenere i denti ben puliti; 3) collaborare con l'ortodontista portando gli apparecchi secondo i modi ed i tempi richiesti; 4) comunicare al più presto eventuali variazioni nell'assetto dell'apparecchio (distacco di bande, attacchi, ecc.); 5) seguire con scrupolosità la fase di contenzione.

– COMPLICAZIONI CHE POSSONO VERIFICARSI DURANTE LA TERAPIA

Sensazione dolorosa. I denti si spostano in quanto, applicando una forza su di essi mediante l'uso di apparecchi, fili od elastici, si genera una modificazione dell'osso che li circonda. In seguito all'applicazione di una forza il paziente può avvertire una sensazione dolorosa di varia entità dopo circa 2-3 ore che può durare circa 48-72 ore.

Distacco di una banda o di un attacco. Gli apparecchi fissi sono costituiti da strutture metalliche che circondano gli elementi dentari (bande) o che vengono posizionati sulle superfici dentali (attacchi) e da fili che collegano tali strutture metalliche. Il distacco o la rottura di apparecchiature devono essere al più presto comunicate presso lo studio odontoiatrico per la possibilità di insorgenza di lesioni ai denti, alle gengive ed alle guance ed in quanto si possono verificare variazioni nell'azione dell'apparecchio stesso.

– **RISCHI GENERICI DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO.** Molti dei problemi o condizioni di seguito menzionate si potranno verificare occasionalmente o raramente; anche un trattamento ortodontico, come qualsiasi atto medico, ha alcuni

rischi e fattori limitanti intrinseci.

Carie. Gli apparecchi ortodontici non provocano di per sé carie ai denti, ma a causa della loro presenza rendono più difficile lo spazzolamento con conseguente accumulo di placca batterica ed aumento delle possibilità di formazione di lesioni cariose. Un corretto spazzolamento elimina praticamente questo rischio.

Infiammazione delle gengive. Il non corretto spazzolamento (reso anche più difficoltoso dalla presenza di apparecchiature ortodontiche fisse) può causare infiammazione dei tessuti gengivali che si manifesta con gonfiore, arrossamento e sanguinamento delle gengive. A volte inoltre l'apparecchiatura fissa può ledere o comprimere la gengiva e creare lesioni nella parte interna della guancia. I problemi alle gengive che non possono essere controllati in maniera soddisfacente nel corso del trattamento ortodontico, possono richiedere l'ausilio di terapie specifiche (terapie parodontali) ad opera di un altro specialista, o costringere ad una temporanea sospensione od interruzione del trattamento ortodontico prima della fine.

Riassorbimento delle radici. Consiste nella riduzione dell'altezza della radice e può verificarsi ed essere di entità variabile in corso di trattamento ortodontico; di solito è di entità clinicamente non significativa e non interferisce con la salute e la durata dei denti. Alcune condizioni patologiche, come traumi dentali, malattie di alcune ghiandole, assunzioni di farmaci che interferiscono con la vita dell'osso, possono aumentare notevolmente il rischio e l'entità dei riassorbimenti delle radici.

Lievi lesioni cutanee o mucose. Durante le manovre terapeutiche è possibile che il paziente, soprattutto se si muove in un momento critico, venga inavvertitamente graffiato o punto con fili utilizzati per le apparecchiature fisse.

– COMPLICAZIONI CHE POSSONO INSORGERE DURANTE LA TERAPIA, MA NON DIRETTAMENTE CORRELATE AD ESSA.

Perdita di vitalità del dente. Un trauma subito in passato, una carie, possono aver causato danni alla polpa del dente (morte dentaria) che può evidenziarsi in corso di trattamento ortodontico. La perdita di vitalità del dente costringe alla rimozione della polpa (terapia canalare o endodontica) per preservare la salute del dente interessato.

Anchilosi dentaria. L'anchilosi dentaria, cioè la fusione tra osso e radice dentaria, impedisce qualsiasi movimento del dente. Può verificarsi a carico di qualunque dente, ma più spesso coinvolge elementi dentari che hanno subito traumi, oppure che sono inclusi (denti che non hanno la possibilità di nascere spontaneamente e che quindi sono ancora dentro l'osso). Generalmente la terapia dell'anchilosi consiste nell'estrazione del dente stesso.

Dolori o rumori all'articolazione temporo-mandibolare. I cosiddetti dolori o rumori alla «mandibola» coinvolgono l'articolazione temporo-mandibolare e/o i muscoli della masticazione. Tali situazioni possono verificarsi in qualsiasi momento della vita di un individuo; non sono direttamente legati alla terapia ortodontica ed hanno in genere un andamento ciclico. In molti casi la causa del dolore sono spasmi dei muscoli masticatori che insorgono in pazienti in condizioni di ansia e/o stress. Il ruolo del contatto fra i denti in questa patologia è controverso ed al momento non vi sono evidenze scientifiche che ne indichino l'importanza. Queste

situazioni vanno spesso trattate in un ambito più generale e non solo come una patologia odontoiatrica, poiché le influenze negative possono derivare anche da altri apparati ossei e neuro-muscolari.

– **COMPLICAZIONI CHE POSSONO VERIFICARSI SUCCESSIVAMENTE AL TRATTAMENTO.**

Disallineamento. La tendenza al disallineamento dei denti verso la loro posizione di partenza dopo la rimozione dell'apparecchio ortodontico è purtroppo un evento normale. Indipendentemente dal fatto di essere stati sottoposti o meno a terapia ortodontica, i denti possono muoversi in ogni momento della vita a causa di tutte le forze che agiscono su di essi; un accavallamento degli incisivi inferiori si verifica frequentemente, tra i 20 ed i 35 anni anche in soggetti che fino a quel momento avevano presentato un ottimo allineamento dentario. Questo può accadere anche in soggetti che sono stati sottoposti a trattamento ortodontico, ed indipendentemente dalla presenza o meno dei denti del giudizio. Movimenti dei denti possono essere causati anche dal permanere di abitudini viziate (la deglutizione infantile, la respirazione con la bocca, il morso del labbro, il mangiarsi le unghie), dall'estrazione di alcuni denti, o per causa della cosiddetta «piorrea» (malattia parodontale, cioè malattia dei tessuti di sostegno del dente).

L'unica possibilità per evitare qualunque spostamento dei denti al termine della cura ortodontica consiste nell'uso dell'apparecchio di contenzione. Per queste ragioni la fase di contenzione è importante quanto quella della terapia attiva e deve durare il più a lungo possibile; in alcuni casi a vita!

Recidiva. Si intende con questo termine non solo un disallineamento importante dei denti, ma anche una variazione del rapporto trasversale e/o antero-posteriore delle arcate stesse. Anche in questo ambito la contenzione è fondamentale.

Crescita sfavorevole. Può rendersi evidente al termine della cura ortodontica e, a differenza delle complicazioni precedenti, questa non è sempre controllabile con la contenzione. Ad esempio nei casi di crescita della mandibola (cosiddette III classi) la componente genetica sembra di fondamentale importanza.

A seguito dell'esame clinico, dei modelli di studio, delle radiografie e dell'esame cefalometrico dichiaro che il paziente
è affetto da

Per la correzione di tale malocclusione si consiglia il seguente trattamento ortodontico

Rischi e complicazioni specifici del trattamento del paziente in oggetto

.....
.....
Data

Firma del Medico

PER IL PAZIENTE (O PER I GENITORI)

Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia ortodontica e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento. Presto pertanto il mio consenso al trattamento ortodontico che mi è stato illustrato e spiegato.

Data

Firma del paziente (o del legale rappresentante)
