



Ambulatorio Dentistico *Madonna Bianca*

dott. M. Corradini – dott.ssa A. Carneri
PROFESSIONISTI ASSOCIATI

CONSENSO ALLE CURE "Consenso Informato"

L'intervento del medico ha come fine primario la tutela e o il ripristino dello stato di salute del paziente. Salute intesa non solo come assenza di malattia, ma anche di benessere psicofisico e sociale della persona.

Il Medico Dentista, oltre a curare in senso stretto, interviene nel processo di miglioramento del benessere psicofisico e socio-relazionale, anche mediante applicazione di protesi, fisse o rimovibili, a valenza funzionale e/o estetica.

Il Paziente ha il diritto a ricevere dal Dentista un'informazione serena, esauriente, obiettiva, non suggestiva e tanto meno tendenziosa, relativamente ai trattamenti proposti.

In tal caso il Suo consenso è valido e legittimo il Dentista, perché realmente informato sulla natura, le conseguenze, i rischi dell'intervento e le alternative.

Il Dentista poi, deve attenersi ad un protocollo operatorio di comune conoscenza e accettazione scientifica, discostandosene solo per ragionevoli e comprovati motivi, preconcordati con il paziente, che non precludano la possibilità di altri trattamenti in caso di insuccesso.

La completezza e l'eshaustività dell'informazione è quindi la condizione preliminare affinché il paziente accetti il piano di cura propostogli in modo effettivamente consapevole.

Il "Consenso Informato" è dunque un interesse reciproco, del Paziente e del Dentista, che permette l'avvio sereno del rapporto fiduciario.

La partecipazione attiva del Paziente è quindi fondamentale, procedendo alla compilazione del presente modulo.

Il sottoscritto

COGNOME NOME

se minorenni: genitore tutore

di COGNOME NOME

rivoltosi al dott.

per

.....

CONSAPEVOLE

- dello stato di salute orale proprio di (minorenne)

- della necessità di effettuare trattamenti dentistici consistenti in:

trattamenti di igiene e prevenzione attuati da Igienista Dentale Abilitato

devitalizzazioni dentarie/cure canalari

ciclo di restauri coronali conservativi

estrazioni dentarie

estrazioni di denti inclusi nell'osso

chirurgia paradontale

implantologia

sommersa a due tempi emergente a un tempo iuxtaossea mista

(come da note a retro)

applicazione protesica

fissa rimovibile mista

Consistente in:

ortodonzia attivando Consulenza Specialistica

fissa rimovibile mista

altro:

INFORMATO

- sul programma di trattamento odontoiatrico-stomatologico proposto

- delle alternative esistenti e comunemente note alla Comunità Scientifica Ufficiale

- delle tecniche e metodiche operative

- della possibilità di insuccesso dei trattamenti, anche intraoperatori

- della necessità dello scrupoloso mantenimento dell'igiene orale e delle visite di controllo periodiche

- dell'impossibilità di preventive garanzie

ACCONSENTE

il dott. e suoi Sostituti/Delegati (Ablitati all'Esercizio Professionale)

ad avviare il programma di cure dentistiche, non richiedendo alcuna garanzia di risultato, di successo, di durata o altro.

Data Firma

Acconsente, specificatamente, all'impiego degli ANESTETICI LOCALI

Data Firma



NOTE INFORMATIVE DI IMPLANTOLOGIA

Questa esposizione è finalizzata all'informazione del Paziente sulle metodiche di implantologia dentale.

E' una trattazione sintetica rivolta ai "non addetti ai lavori"; il linguaggio usa espressioni volutamente semplificate e comprensibili.

L'implantologia è una branca dell'odontostomatologia e va attuata in un programma di riabilitazione della masticazione, quando mancano uno o più denti, andati perduti per le cause più diverse; è quindi più appropriato usare il termine di implantoprotesi.

Un impianto endosseo è una PROTESI RADICOLARE, cioè una struttura che sostituisce una radice di dente mancante; esso viene inserito con un intervento chirurgico nell'osso della mandibola o della mascella; la finta radice deve poi supportare una PROTESI CORONALE, cioè un finto dente. Deve essere quindi ben fisso nell'osso.

L'impianto può mantenersi valido per 10-15 anni ed oltre.

L'impianto può fallire, cioè divenire mobile e inidoneo a sostenere validamente un dente artificiale, non tanto per rigetto, inteso come risposta del sistema immunitario, quanto per un'incapacità della struttura ossea di sopportare le forze trasmesse dai carichi masticatori provocata da cause diverse: chirurgiche, protesiche, infettive, mancanza di igiene, fumo, ignote. Il fallimento può avvenire sia a breve che a medio termine.

Il successo implantologico è preliminarmente condizionato dal raggiungimento della QUIETE IMPLANTARE, cioè l'immobilità assoluta dell'impianto sin dal momento del suo inserimento nell'osso; tutto questo al fine di consentire all'osso stesso di riparare intorno all'impianto includendolo, accettandolo, integrandolo.

Modernamente questo processo è denominato: OSTEOINTEGRAZIONE, intendendo tutti gli Autori indicare una formazione di nuovo tessuto osseo e/o connettivo in percentuali variabili a seconda della tipologia e del distretto osseo sede di intervento.

Gli impianti sono numerosissimi per forma e dimensioni, ma sono oggi tutti costruiti in titanio, un materiale metallico sperimentalmente molto ben tollerato dall'organismo; sono commercializzati anche impianti in ceramica ed in titanio rivestito di ceramica.

Per posizionare un impianto è naturalmente necessaria la presenza di una discreta quantità d'osso.

La mandibola e la mascella hanno osso differente per quantità e qualità; inoltre l'osso disponibile è diverso da paziente a paziente e, nello stesso paziente, da settore a settore del cavo orale.

L'operatore deve quindi scegliere la forma di impianto che meglio si adatta alle caratteristiche anatomiche della regione in cui il paziente necessita di tale intervento.

Sostanzialmente esistono tre metodiche implantologiche:

1) IMPLANTOLOGIA SOMMERSA (o "a due tempi", o "a carico tardivo"; scuola svedese di Branemark).

Si avvale di impianti in titanio di forma prevalentemente cilindrica, o cilindrico-conica. Vengono inseriti nell'osso, previa incisione e scollamento della gengiva.

Poi sono lasciati a riposo, sepolti e senza poter essere utilizzati, per alcuni mesi (da 4 a 6, secondo le indicazioni classiche di Branemark). Si attende così la rigenerazione del tessuto osseo, la cosiddetta "osteointegrazione".

A distanza di qualche mese si esegue una piccola incisione della gengiva per evidenziare nuovamente gli impianti ed avvitare ad essi la componente emergente (moncone), che porterà la protesi (uno o più denti artificiali).

Tale protesi può essere, a seconda del numero di impianti utilizzabili, sia mobile che fissa (avvitata o cementata agli impianti).

E' la metodica più moderna, nel senso di nascita e applicazione.

Va diffondendosi perché la standardizzazione dei protocolli chirurgici e protesici, la rendono accessibile ad un numero più vasto di operatori; si basa infatti sull'adattabilità del paziente all'impianto, escludendo i casi con osso insufficiente, salvo sottoporre il paziente ad un preventivo intervento di "aumento dell'osso", prelevandolo dal cranio o dal bacino od anche con osso artificiale.

Interessa oggi molto l'industria produttrice, che attua e finanzia il relativo "marketing scientifico".

2) IMPLANTOLOGIA EMERGENTE (o "ad un tempo", o "a carico immediato"; scuola italiana di Pasqualini - Mondani- Muratori e americana di Linkow).

Gli impianti in titanio hanno forma più allungata rispetto ai precedenti, poiché la parte emergente nel cavo orale è costituita dal prolungamento della vite stessa. Sono mediamente più sottili, sino anche al diametro di "aghi".

Possono essere inseriti direttamente nell'osso anche senza incisione della gengiva, con un intervento chirurgico quindi meno cruento.

Ottono una stabilità immediata, perché l'operatore ricerca zone di osso duro (corticale) ove impattarli, in profondità.

Talvolta si realizzano strutture implantari a tripode o a palizzata con l'unione dei singoli impianti tra di loro o per mezzo di barrette di titanio, mediante saldatura all'interno del cavo orale. La struttura così ottenuta (il "tripode-cavalletto" o il "muretto"), è in grado di essere caricata immediatamente con una protesi provvisoria cementata.

Dopo aver atteso comunque alcuni mesi, affinché l'osso possa integrare le spire degli impianti, si procede con la protesizzazione definitiva, anch'essa cementata.

E' una metodica che data più anni di applicazione.

Non è attualmente oggetto di massiccia divulgazione per la scarsa "standardizzabilità"; è infatti richiesta una particolare versatilità dell'operatore, basandosi sull'adattamento dell'impianto alla situazione ossea del paziente.

Attualmente la produzione, a rigorosa norma CEE, è affidata ad artigiani ed il prodotto non ha interessi di marketing e non è attualmente finanziata una ricerca scientifica al riguardo.

3) IMPLANTOLOGIA IUXTAOSSEI o sottoperiosteali

Questo tipo di impianto non viene inserito nell'osso ma tra osso e gengiva, collocato tra l'osso stesso ed il suo "rivestimento", il periostio.

Ogni impianto è un manufatto unico e la sua preparazione richiede un discreto intervento chirurgico di scollamento delle gengive al fine di rilevare un'impronta di tutto l'osso sottostante sulla quale poter modellare una griglia di appoggio.

Un successivo intervento a breve distanza permetterà l'inserimento della griglia al di sotto del periostio ma sopra l'osso.

Dalle gengive emergono alcuni prolungamenti della griglia, che serviranno a trattenere la protesi.

E' uno dei primi metodi sperimentati. Oggi tende ad essere sostituito dalle metodiche precedenti di più facile applicabilità e con percentuali di successi maggiori.

L'operatore deve essere un "ultraspecialista". In certi casi di assenza gravissima di osso, è l'unica implantologia applicabile.

L'industria è pressoché disinteressata; la produzione è affidata all'artigiano odontotecnico, come dispositivo su misura.