

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA PRESTAZIONE DI LEVIGATURA RADICOLARE

Gentile Sig./Sig.ra _____ con questo modulo si intendono riassumere i concetti relativi al suo trattamento.

a) DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Con il termine *levigatura radicolare* si intende l'eliminazione del tartaro dalle superfici sottogengivali del dente al fine di renderle perfettamente pulite, lisce e compatibili con i tessuti che sostengono i denti stessi (tessuti parodontali). Tale procedura viene eseguita con tecnica "a cielo coperto", vale a dire senza scollamento chirurgico della gengiva. La procedura di levigatura radicolare "a cielo coperto" è di natura sia preventiva che terapeutica della malattia parodontale ed è indicata e descritta nelle Linee Guida del 2009 e nel successivo aggiornamento 2015 del Ministero della Salute.

b) INDICAZIONI PER L'ESECUZIONE DELLA LEVIGATURA RADICOLARE

La levigatura radicolare a "cielo coperto" è una metodica di igiene orale professionale indicata nel trattamento della malattia parodontale dell'adulto e/o del paziente di età superiore ai 14 anni, rivolta nello specifico ad arrestare la progressione della malattia e ad evitare o ridurre l'insorgenza di eventuali recidive. Essa combina una strumentazione di tipo manuale (curettes) con una strumentazione di tipo meccanico (strumenti sonici o ultrasonici).

Può essere eseguita in presenza di apparecchi ortodontici e/o manufatti protesici sia fissi che removibili, in pazienti in stato di gravidanza o in presenza di particolari patologie.

c) PROCEDIMENTO CLINICO

In considerazione della gravità della malattia parodontale, del grado di collaborazione del paziente e delle necessità dello stesso, il trattamento di levigatura radicolare può prevedere un numero variabile di sedute:

- n. 4 sedute a cadenza settimanale della durata di sessanta minuti ciascuna (trattamento per emiarcata);
- n. 2 sedute a cadenza settimanale della durata di 1 ora e 30 minuti/ 2 ore (trattamento per arcata);
- n. 2 sedute consecutive nella medesima settimana, se il protocollo è previsto dall'operatore ed è condiviso dal paziente che lo richiede (Full-Mouth Disinfection ovvero decontaminazione di tutto il cavo orale).

La procedura richiede, a giudizio del professionista, l'impiego spesso combinato di strumenti sia meccanici ad ultrasuoni (ablatori) sia manuali (scalers/curettes): i primi producono vibrazioni coadiuvate da un getto

d'acqua di raffreddamento ed irrigazione dei tessuti; i secondi vengono manovrati dall'operatore che indirizza la superficie lavorante dello strumento sulla superficie dei denti creando attrito.

d) POSSIBILI COMPLICANZE

Il trattamento è normalmente ben tollerato.

In base, tuttavia, a possibile suscettibilità individuale o a presenza di notevole accumulo di placca e tartaro per igiene orale trascurata da parecchio tempo, l'interessato potrebbe avvertire, a trattamento avvenuto, una sensazione di temporanea ipersensibilità termica e/o dolenzia dentaria/gengivale, di breve durata.

Tali manifestazioni, episodiche e soggettive, potrebbero aversi, per lo stesso motivo, anche contestualmente all'intervento, causa l'attrito e le vibrazioni (non dannose) esercitate sulla superficie radicolare dei denti dallo strumento sia manuale che meccanico, in abbinamento al contemporaneo getto d'acqua di irrigazione raffreddante e detossificante. In molti casi è necessaria l'applicazione di anestetico topico o locale, raramente sistemico, da parte del medico-odontoiatra.

In base alla gravità della malattia parodontale e al tipo di trattamento selezionato, potrebbe rendersi necessaria la prescrizione di terapia antibiotica da parte del medico - odontoiatra.

Possibili controindicazioni soggette a segnalazione da parte del paziente sono le seguenti:

- *suscettibilità alle infezioni* (es. pazienti immunosoppressi da patologia, chemioterapia, diabete incontrollato, trapianto di organi);
- *rischio respiratorio* (malattie polmonari croniche, asma, enfisema, fibrosi cistica);
- *patologia cardiovascolare* (prolasso della valvola mitrale, endocardite infettiva, terapia anticoagulante, chirurgia cardiovascolare);
- *disturbi della coagulazione* (anemie, policitemie, episodi emorragici);
- *difficoltà nella deglutizione* (pazienti predisposti ai conati di vomito, distrofia muscolare, paralisi, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica);
- *pacemaker cardiaco* non schermato antecedente il 1999;
- *presenza di apparecchi acustici*.

e) INDICAZIONI POST-TRATTAMENTO

Potrebbe verificarsi, successivamente al trattamento di cui trattasi, una temporanea sensazione di "fastidio", intesa come forma di ipersensibilità dentale agli stimoli termici o di "turgore" a livello gengivale dovuto al coinvolgimento del tessuto, che non esimerà comunque l'interessato dall'osservare, con scrupolo, i seguenti comportamenti:

- eseguire scrupolosamente le istruzioni di igiene orale domiciliare fornite al termine del trattamento;
- eseguire, se espressamente indicati dall'igienista dentale, sciacqui con collutori dedicati o applicazioni locali di gel o spray;
- sottoporsi a controlli odontoiatrici cadenzati secondo le necessità terapeutiche individuali.

f) TRATTAMENTI ALTERNATIVI

Non esistono, allo stato attuale, trattamenti alternativi alla seduta di levigatura radicolare effettuata con le modalità di cui sopra.

g) DURATA DELL'EFFETTO DEL TRATTAMENTO

La durata degli effetti del trattamento di cui trattasi, dipendono dagli stili di vita del soggetto e dal corretto rispetto dei comportamenti sopra consigliati.

Osservazioni di rilievo nel caso specifico:

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato/a correttamente informato/a dal/la Dr./Dott.ssa _____ e di aver compreso lo scopo e la natura della prestazione di Levigatura Radicolare (punti sub a, b, c) descritta nel presente modulo, nonché il comportamento da assumere a seguito dell'intervento (punto sub e) al fine della buona riuscita dello stesso.

Dichiaro, altresì, di essere stato adeguatamente edotto sulle possibili complicanze del trattamento suindicato e di non rientrare nelle condizioni a rischio analiticamente elencate al punto sub d).

Presto pertanto l'assenso alla terapia che mi è stata descritta e consegnata, per presa visione, con il presente consenso informato.

Reggio Emilia, _____

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

Firma Odontoiatra e/o Igienista dentale
