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

1. **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.

1. **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 sfrutta una strumentazione di tipo manuale (curettes) con una strumentazione di tipo meccanico (strumenti sonici o ultrasonici) combinata all’utilizzo della luce laser (Neodimio).

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.

1. **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.

1. **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.*

1. **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.

1. **TRATTAMENTI ALTERNATIVI**

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

1. **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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_