	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche Area Testa Collo	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato Informativa per il paziente sull'intervento di special care	INF.ATC.08	0	1 di 5

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE SULL'INTERVENTO DI SPECIAL CARE

Gentile Sig.ra/Sig. _____,

lei è affetta/o da _____

Le informazioni contenute in questo modulo sono complementari a quelle fornite al momento della visita odontostomatologica.


Possono aiutarla a comprendere meglio la natura della patologia di cui Lei è affetto e le possibili modalità di trattamento.

La preghiamo di leggere con attenzione quanto riportato, sperando sia comprensibile ed esaustivo anche per i non esperti in materia e di chiedere eventuali spiegazioni al suo medico di riferimento.

CHE COSA E' /BENEFICI DEL TRATTAMENTO/PROCEDURA

L'odontoiatria speciale è la disciplina che si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti che, anche solo temporaneamente, possono ritrovarsi in particolari condizioni: persone con disabilità intellettiva, sensoriale, persone affette da malattie che ne riducono la mobilità o la collaborazione e/o con patologie croniche invalidanti, esiti di traumi, malattie genetiche, malattie rare, persone con fragilità sanitaria e persone con malattie che rendono il trattamento odontoiatrico critico. In ambito odontoiatrico, si definisce "Paziente Speciale" quel soggetto che nell'operatività terapeutica, richiede tempi e modi diversi da quelli di routine. Scopo dell'odontoiatria speciale è di consentire a queste tipologie di pazienti di essere curati in maniera paragonabile per efficacia e qualità al resto della popolazione, raccogliendo le informazioni necessarie per attuare strategie terapeutiche tali da effettuare un piano di trattamento, la cui complessità può essere influenzata dalla severità della disabilità e ciò nonostante la scarsa collaborazione del soggetto interessato. In occasione della prima visita è necessario verificare il grado di collaborazione ed autonomia dell'individuo. A tale proposito si prendono in considerazione le seguenti categorie di pazienti:

1. **Paziente speciale collaborante e autonomo** In questo raggruppamento trovano posto tutte le condizioni di fragilità sanitaria. Questa tipologia di pazienti non differisce per trattamento da ogni altro paziente se non per le precauzioni che sono poste in atto in funzione delle patologie associate che costituiscono l'elemento di aumentato rischio alle cure.
2. **Paziente speciale scarsamente collaborante e autonomo:** comprende il paziente con **patologie** che possono richiedere peculiari capacità di "gestione e relazione". Per l'esecuzione delle cure di questi pazienti sono auspicabili competenze che richiedono una specifica formazione dell'equipe odontoiatrica. È di fondamentale importanza far conoscere al paziente la struttura e gli operatori attraverso un processo di ambientamento che può essere molto lungo e richiedere numerose visite.
3. **Paziente speciale non autonomo collaborante o scarsamente collaborante** Si tratta di pazienti che per fragilità sanitaria o disabilità psichica e/o fisica hanno perso o non hanno mai avuto la capacità di poter provvedere alla salute del proprio cavo orale; molte volte, infatti, a causa della loro scarsa autonomia e/o abilità e/o collaborazione, presentano bassi standard di igiene orale e di controllo della placca. Nella predisposizione di un piano di cure è necessario tener conto del grado di igiene orale e dello stato di salute parodontale. Una scadente condizione di igiene orale, influisce negativamente sul buon esito delle cure e sulla durata dei risultati che si propone di ottenere.
4. **Pazienti speciali non collaboranti** La diagnosi nel paziente diversamente abile non collaborante presenta particolari difficoltà data l'impossibilità di raccogliere dati anamnestici in modo diretto. A volte l'esame obiettivo deve essere completato in sedazione profonda o in narcosi, stesse condizioni richieste per l'erogazione delle cure. È di grande importanza inoltre che le persone più vicine al soggetto con disabilità siano in grado di individuare cambiamenti nel loro modo di comportarsi, così da allertare precocemente quanti deputati alla prevenzione e cura delle patologie del distretto

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche Area Testa Collo	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato Informativa per il paziente sull'intervento di special care	INF.ATC.08	0	2 di 5

orale. Nella predisposizione di un piano di trattamento efficace e individualizzato, diventano pertanto elementi cruciali la collaborazione e la comunicazione tra paziente, famiglia e/o tutore ed operatori sanitari.

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO CHIRURGICO

I trattamenti odontoiatrici e del cavo orale nei "pazienti con bisogni speciali" devono essere erogati in base non solo alla gravità della loro disabilità fisica/mentale/sociale, ma anche in base al grado di collaborazione ed autonomia da essi presentata.

La programmazione di diversi piani terapeutici dipende strettamente dalla patologia odontoiatrica diagnosticata, tenendo altresì conto che questi pazienti possono presentare anche malattie sistemiche coesistenti che vanno a complicare ulteriormente lo stato di salute generale.

In merito alle difficoltà che insorgono nell'intraprendere un percorso terapeutico in questi pazienti, grande attenzione deve essere attribuita alla prevenzione delle malattie odontostomatologiche con una presa in carico (chronic-care model) per controlli periodici e, ove è possibile, sedute di igiene orale professionale. Inoltre, un paziente con una determinata fragilità e/o disabilità può, nel tempo, modificare il suo grado di collaborazione o autonomia e pertanto può vedere aggiornata la sua valutazione periodicamente nelle visite di controllo.

TECNICA OPERATORIA/MODALITA' DI SVOLGIMENTO

La necessità di dover far ricorso alla sedazione profonda o all'anestesia generale può influire sulla frequenza degli interventi. In alcuni casi però, la frequenza ravvicinata delle cure e, quindi, la familiarizzazione del paziente con la struttura di cura, può consentire di evitare il ricorso all'anestesia generale.

Quando le cure su persone diversamente abili richiedono comunque la sedazione profonda o la narcosi, è opportuno che nella stessa seduta di cura, vengano eseguite anche le prestazioni a carattere preventivo come ad esempio l'igiene orale.

Nei pazienti che devono essere sottoposti ad interventi di chirurgia odontostomatologica, le tecniche da utilizzare sono le stesse praticate nella popolazione in generale. Nei trattamenti in anestesia generale, nell'ambito della stessa seduta operatoria, si consiglia l'esecuzione di quante più cure possibili, talora anche l'effettuazione di interventi di altre specialità.

È buona norma che gli interventi chirurgici vengano eseguiti al termine della seduta stessa, onde evitare che il sanguinamento ostacoli il proseguimento di successive manovre terapeutiche.

Le suture usate negli interventi sono realizzate con filo riassorbibile.

In caso di cure odontoiatriche conservative, si cerca di privilegiare le tecniche operative che prevedono il completamento della terapia in un'unica seduta.

In caso di trattamento endodontico, effettuato al paziente disabile, si cerca di completare la terapia in una sola seduta comprensiva della ricostruzione del dente.

Il trattamento ortodontico nei pazienti con disabilità intellettiva è correlato alla situazione anatomo-funzionale del distretto oro-facciale, associato al grado di collaborazione del soggetto.

L'utilizzo di apparecchiature mobili si rivela difficile, data la difficoltà nella gestione di tali dispositivi protesici. La possibilità di poter effettuare un trattamento ortodontico deve essere valutata anche in base alla capacità di mantenimento di una buona igiene orale.

Per quanto riguarda il trattamento protesico, in generale si cerca, ove possibile, di preferire l'utilizzo di dispositivi protesici fissi.


Alternativa all'utilizzo di dispositivi mobili è quello della protesi impianto-supportata.

Tuttavia, nei pazienti non collaboranti al di là delle difficoltà dell'intervento stesso, risulta problematica anche la fase diagnostica che richiede esami tipo OPT, TAC, stratigrafie, etc... la cui esecuzione incontra ovvie difficoltà.

Anche il rilievo delle impronte, indubbiamente più complesso per le normali metodiche implantari, rappresenta un ostacolo per il raggiungimento di un buon risultato terapeutico.

COSA FARE DOPO IL TRATTAMENTO/PROCEDURA

È necessaria l'impostazione in maniera coordinata di piani di sorveglianza adeguati alle esigenze di ogni singolo paziente. È fondamentale introdurre tali soggetti in un programma di controlli periodici ravvicinati che devono essere calendarizzati in base alle necessità del singolo paziente. L'inserimento di questi pazienti

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche Area Testa Collo	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato Informativa per il paziente sull'intervento di special care	INF.ATC.08	0	3 di 5

in un percorso di richiami periodici è importante sia per l'impossibilità di mantenere una corretta igiene orale domiciliare, sia per la scarsa collaborazione del paziente durante la singola seduta di igiene. E' consigliabile inoltre che, nel percorso di prevenzione e cura, vengano adottati specifici programmi di igiene alimentare.

RISCHI E POSSIBILI COMPLICANZE

I soggetti maggiormente a rischio per l'insorgenza di complicanze sono i pazienti obesi, fumatori, ipertesi, diabetici, cardiopatici, vasculopatici o immunodepressi.

Il rischio individuale varia in base al grado di funzionalità degli organi vitali, quali cuore reni e polmoni.

Nonostante l'intervento venga eseguito nel pieno rispetto e conoscenza delle strategie e tecniche chirurgiche più attuali e nell'osservanza delle attuali linee guida, possono verificarsi complicanze precoci, tardive e possibili rischi specifici legati alla singola procedura che si intende attuare.

CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO O RINUNCIA AL TRATTAMENTO CHIRURGICO/PROCEDURA

L'eventuale rifiuto o rinuncia del programma terapeutico proposto, può favorire la progressione ed aggravamento della patologia in atto.

PROGNOSI E RISULTATO ATTESO

Il protocollo individuale adottato ridurrà le patologie del cavo orale con conseguente conservazione di un maggior numero di elementi dentari e limitazione delle avulsioni e degli interventi di bonifica che determinerebbero edentulie massive con compromissione della funzione masticatoria e disagi nella vita di relazione.

Al fine di beneficiare di un risultato finale ottimale per le persone con bisogni speciali è fondamentale attuare efficaci programmi di prevenzione.

La prevenzione della malattia parodontale rappresenta una delle priorità per l'equipe odontoiatrica.

L'intercettazione delle patologie malocclusive e/o dentarie risulta inoltre uno scopo ineludibile per garantire una corretta masticazione, per conservare nel tempo una condizione di buona salute orale e, obiettivo non meno importante, ottimizzare la funzionalità estetica per migliorare l'accettazione sociale di questi pazienti.

ALTERNATIVE TERAPEUTICHE

Le alternative terapeutiche al trattamento iniziale proposto dipendono dalla condizione patologica, rilevata al momento della visita, che ha generato il piano di cura proposto.

INFORMATIVA CONSEGNATA DAL DOTT. _____

FASE DI ACCERTAMENTO CLINICO EFFETTUATO NEL CORSO DEL PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO.

DATA: ____/____/____


FIRMA DELMEDICO: _____

FIRMA DELLA/DELPAZIENTE: _____

Si ribadisce che quanto esposto emerge dallo stato attuale dell'arte e pertanto potrebbero verificarsi ulteriori indicazioni attualmente non descritte e che l'informativa è congrua con le indicazioni di cui alla Legge 219 del 22.12.2017.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.

- Linee Guida Ministero della Salute – Gennaio 2019 "Indicazioni per la presa in carico del paziente con bisogni speciali che necessita di cure odontostomatologiche".

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche Area Testa Collo	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato Informativa per il paziente sull'intervento di special care	INF.ATC.08	0	4 di 5

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE PROPOSTE ALLA/AL SIG.RA/SIG. _____

ULTERIORI INFORMAZIONI DI DETTAGLIO RISPETTO AL CASO CLINICO DA TRATTARE CHIRURGICAMENTE:

CHIARIMENTI RICHIESTI DALLA/DAL PAZIENTE:

INFORMAZIONI FORNITE DAL DOTT. _____ IN FASE DI PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO

DATA ____/____/____

FIRMA DEL MEDICO _____

FIRMA DELLA/DEL PAZIENTE _____

FORMULA DI ADESIONE ALLA PROCEDURA CHIRURGICA PROPOSTA:

Io sottoscritta/o _____ sono stata/o informata/o in modo a me comprensibile dal Dott. _____ sulla necessità di essere sottoposta/o a: _____, sulla natura della patologia da cui sono affetta/o, delle **metodiche diagnostiche necessarie** alla migliore definizione della mia malattia, delle **alternative terapeutiche**, della **modalità di effettuazione** della procedura in oggetto, dei verosimili **risultati attesi**, nonché delle **possibili complicanze, precoci e tardive** comprese il decorso post-operatorio, le istruzioni da seguire ed i comportamenti da tenere dopo la procedura, nonché delle possibili conseguenze in caso di **ritardo o di rifiuto** della procedura proposta..

Infine sono stata/o informata/o della possibilità che siano effettuate riprese fotografiche o video per scopi scientifici nel completo rispetto della mia privacy e di cui ho facoltà di acquisire copia.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della **possibilità di revocare** il presente atto di adesione (consenso) in qualsiasi momento.

*Nel caso in cui il paziente risulti capace di comprendere ma si trovi nella **impossibilità di apporre la sua firma** o nel caso di **soggetto non vedente**, saranno necessari due testimoni esterni al gruppo di lavoro (familiari o altri soggetti designati nel modulo della privacy).*

Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto

ACCONSENTO ALLA ESECUZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO: _____


Firma del Paziente o del Legale Rappresentante o del Fiduciario: _____

Firma del Primo Testimone: _____

Firma del Secondo Testimone: _____

Firma del Medico: _____

Data e luogo: ____/____/____

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche Area Testa Collo	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato Informativa per il paziente sull'intervento di special care	INF.ATC.08	0	5 di 5

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE PROPOSTE ALLA/AL SIG.RA/SIG. _____

ULTERIORI INFORMAZIONI DI DETTAGLIO RISPETTO AL CASO CLINICO DA TRATTARE CHIRURGICAMENTE:

CHIARIMENTI RICHIESTI DALLA/DAL PAZIENTE:

INFORMAZIONI FORNITE DAL DOTT. _____ IN FASE DI PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO

FIRMA DEL MEDICO _____

FIRMA DELLA/DEL PAZIENTE _____

DATA ____/____/____

FORMULA DI ADESIONE ALLA PROCEDURA CHIRURGICA PROPOSTA:

Io sottoscritta/o _____ sono stata/o informata/o in modo a me comprensibile dal Dott. _____ sulla necessità di essere sottoposta/o a: _____, sulla natura della patologia da cui sono affetta/o, delle **metodiche diagnostiche necessarie** alla migliore definizione della mia malattia, delle **alternative terapeutiche**, della **modalità di effettuazione** della procedura in oggetto, dei verosimili **risultati attesi**, nonché delle **possibili complicanze, precoci e tardive** comprese il decorso post-operatorio, le istruzioni da seguire ed i comportamenti da tenere dopo la procedura, nonché delle possibili conseguenze in caso di **ritardo o di rifiuto** della procedura proposta..

Infine sono stata/o informata/o della possibilità che siano effettuate riprese fotografiche o video per scopi scientifici nel completo rispetto della mia privacy e di cui ho facoltà di acquisire copia.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della **possibilità di revocare** il presente atto di adesione (consenso) in qualsiasi momento.

*Nel caso in cui il paziente risulti capace di comprendere ma si trovi nella **impossibilità di apporre la sua firma** o nel caso di **soggetto non vedente**, saranno necessari due testimoni esterni al gruppo di lavoro (familiari o altri soggetti designati nel modulo della privacy).*

Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto

NON ACCONSENTO ALLA ESECUZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO: _____

Firma del Paziente o del Legale Rappresentante o del Fiduciario: _____

Firma del Primo Testimone: _____

Firma del Secondo Testimone: _____

Firma del Medico: _____

Data e luogo: ____/____/____