

NOTE ALL'USO DELLE SCHEDE DI CONSENSO INFORMATO

Il tema del Consenso Informato in Odontoiatria è di particolare attualità e oggetto di una sempre più vasta pubblicistica; purtroppo tale argomento è ancora estraneo alla normale prassi clinica. Il contenuto di questo lavoro riprende i testi sul Consenso Informato in Odontoiatria proposti dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma riproposti in una forma tale da renderne possibile l'uso informatizzato. Vale comunque la pena sottolineare alcuni concetti essenziali così come riportato nella pubblicazione citata:

Il Consenso Informato non è un modulo informativo, **è un rapporto umano**, prima ancora che clinico e giuridico, **che si instaura tra due persone** (medico e paziente).

Il paziente, una volta adeguatamente informato, **dà il suo assenso alle terapie**; si parla infatti di Consenso Informato proprio perché il paziente, informato, dà il suo Consenso.

Il Consenso Informato è un atto libero e volontario del paziente; il ruolo del medico, e quindi dell'odontoiatra, è di fornire al paziente le informazioni per decidere coscientemente se accettare o meno la terapia proposta.

Lo sforzo compiuto con questo lavoro è stato quello di definire *il quid di informazioni minime* da fornire al paziente in relazione ad atti terapeutici odontoiatrici, è opportuno che l'odontoiatra integri le informazioni in base alla propria esperienza e alla situazione specifica in cui opera.

La forma schematica adottata (modulo) non vuol essere in alcun modo un invito a trasformare un rapporto umano in un rapporto burocratico del genere "si legga questo modulo e firmi qui", le schede informative possono eventualmente, ma questo è solo un possibile suggerimento di tipo documentale, essere utilizzate come una ricevuta di informazione e non come un atto informativo in sé. La base del Consenso Informato resta il rapporto personale e verbale, la formulazione scritta ed eventualmente controfirmata dal paziente è una cautela di tipo medico-legale che l'odontoiatra a suo giudizio può o meno utilizzare.

Nel caso di trattamenti multidisciplinari è ovvio che le informazioni contenute nelle varie schede dovranno tra loro essere integrate; ad esempio nel caso di un trattamento ortodontico pre-protetico con successivo intervento protesico, dovranno essere date al paziente le informazioni contenute nella scheda relativa al trattamento ortodontico e quelle nella scheda relativa al trattamento protesico. Nel caso si voglia utilizzare anche la forma scritta, le due schede potranno essere integrate tra loro in un'unica scheda a cura del professionista.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO ORTODONTICO

NOME: COGNOME:.....
NATO/A il:..... a:

RESIDENTE:.....

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Lo scopo di questo modulo è di avere il suo consenso al trattamento ortodontico dopo averle riassunto in forma scritta le informazioni, già oralmente fornite in modo dettagliato nel corso della visita, relative alla terapia proposta ed ai problemi che potrebbero verificarsi durante e/o dopo l'esecuzione della stessa.

DIAGNOSI (cfr. Scheda seguente)

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Obiettivi del trattamento ortodontico sono: raggiungere un buon allineamento dentale ed un corretto rapporto tra le arcate nel rispetto dei tessuti molli e dell'articolazione temporo-mandibolare.

Per un favorevole svolgimento e successo della terapia il paziente deve impegnarsi a:

- presentarsi agli appuntamenti prestabiliti
- mantenere i denti ben puliti
- portare gli apparecchi secondo i modi ed i tempi indicati seguendo attentamente le istruzioni date
- comunicare tempestivamente eventuali variazioni nell'assetto dell'apparecchio (distacco di bande, di attacchi, ecc.)
- seguire con scrupolo la fase di contenzione

RISCHI ED INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Il trattamento ortodontico, come qualsiasi atto medico, presenta alcuni rischi che si possono verificare anche durante una terapia eseguita nel migliore dei modi.

L'ingombro per la presenza dell'apparecchiatura può provocare, specialmente nelle fasi iniziali della terapia, disagi nella vita di relazione con difficoltà soprattutto nel mangiare e nel parlare.

La pressione sulle guance e sulle labbra può determinare, nei primi giorni di applicazione dell'apparecchiatura, fastidio di intensità variabile che scompare dopo la fase di adattamento.

Una sensazione dolorosa di varia entità può presentarsi dopo 2-3 ore e per circa 2-3 giorni dopo ogni attivazione dell'apparecchiatura ortodontica.

Allergie non note ai materiali utilizzati (resine, nickel, ecc.) possono costringere alla interruzione del trattamento.

Il distacco o la rottura delle apparecchiature ortodontiche devono essere subito comunicate perché eventuali frammenti possono essere accidentalmente ingeriti o aspirati o ledere le gengive e le guance.

Recapiti Telefonici:

lun-ven 08:00 - 14:00 e giov 14:00-18:00 0403992600

lun, mar, mer, ven 14:00 - 18:00 e sab 08:00 - 14:00 0403992020

Carie, infiammazioni gengivali, decalcificazioni dei denti possono verificarsi se gli alimenti consumati contengono zucchero in quantità eccessiva e/o non si provvede ad una accurata e continua pulizia. Gli apparecchi ortodontici di per sé non provocano carie ai denti, o infiammazioni gengivali, ma a causa della loro presenza si ha un maggiore accumulo di placca batterica per cui è fondamentale osservare una scrupolosa igiene orale.

L'accorciamento delle radici **dei denti** si può verificare, in alcuni casi, durante il trattamento ortodontico. Di solito questo non comporta conseguenze, ma qualche volta può costituire un problema con perdita di vitalità e notevole riduzione della durata nel tempo del dente o dei denti interessati da questo accorciamento.

La comparsa di dolori o rumori all'articolazione temporo-mandibolare dovranno essere immediatamente comunicati all'ortodontista. Tali disturbi possono presentarsi durante il trattamento ortodontico come in qualsiasi altro momento della vita. Il ruolo del contatto fra i denti non è chiaro non esistendo, al momento, prove scientifiche che ne indichino l'importanza per l'insorgenza di questa patologia.

Disallineamento. I denti possono presentare una tendenza a muoversi dopo l'allineamento ortodontico. L'uso scrupoloso dell'apparecchio di contenzione che le verrà consegnato a fine terapia diminuisce questo rischio. Vi possono essere, però, altre cause al di fuori del controllo dell'ortodontista (deglutizione infantile, respirazione con la bocca, eruzione dei denti del giudizio, crescita scheletrica, abitudini viziate) che possono provocare cambiamenti anche profondi. Per queste ragioni la fase di contenzione è importante quanto quella della terapia attiva e deve durare il più a lungo possibile.

L'estrazione dei denti del giudizio può rendersi necessaria, anche a distanza dalla fine del trattamento ortodontico, nel caso di mancanza di spazio per una corretta eruzione in arcata degli stessi.

Lesioni dello smalto dei denti possono raramente verificarsi durante lo smontaggio delle apparecchiature fisse al termine del trattamento.

Igiene Orale: è di fondamentale importanza che il paziente ortodontico abbia una scrupolosa igiene della cavità orale. L'apparecchio ortodontico RARAMENTE è la causa di infiammazioni gengivali ed iperplasie gengivali (gonfiore), mentre non è MAI responsabile dell'insorgere di una patologia cariosa. L'apparecchio ortodontico tende a fare ristagnare con più facilità la placca batterica che è responsabile dei problemi dentali e gengivali ma con un'accurata e più lunga seduta di igiene orale quotidiana è possibile ridurre al minimo tali rischi.

Attività Sportive: in genere l'apparecchiatura ortodontica non inficia la possibilità di eseguire attività sportive o altre attività (suonare strumenti musicali a fiato). Nel caso lo specialista lo ritenga necessario consiglierà, in caso di sport da contatto violenti, l'utilizzo di un paradenti per ridurre al minimo i danni da trauma. Altresì va detto che piccole lesioni alle mucose delle guance e delle labbra sono da considerarsi inevitabili nel corso del trattamento ortodontico in quanto piccoli traumi sportivi o quotidiani sono imprevedibili.

Non sottoporsi al trattamento ortodontico potrebbe determinare uno o più dei seguenti inconvenienti:

- a) aggravamento della malocclusione esistente;
- b) turbe della masticazione e della digestione;
- c) affezioni della mucosa orale (infiammazioni gengivali, periodontiti, ecc.);
- d) compromissione dell'estetica del viso;
- e) alterazioni a carico dell'articolazione temporo-mandibolare.

Il trattamento può richiedere un periodo più lungo del previsto. Una crescita ossea in eccesso o in difetto, un ritardata eruzione dei denti permanenti, una scarsa igiene orale, il non portare per il numero di ore raccomandate gli eventuali dispositivi consegnati, la rottura degli apparecchi e i mancati appuntamenti possono prolungare il trattamento e comprometterne il risultato.

Si raccomanda di seguire scrupolosamente le istruzioni date per l'uso delle apparecchiature ortodontiche in quanto un incauto utilizzo delle stesse possono provocare anche gravi lesioni (viso, occhi, guance ecc.).

Il sottoscritto _____ dichiara di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia ortodontica, di aver avuto tutte le ulteriori informazioni richieste sul piano di trattamento proposto e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento. Presto pertanto il mio consenso alla terapia ortodontica che mi è stata dettagliatamente illustrata e spiegata e a tutte le relative registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).

DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE _____
(o di chi esercita la patria potestà)

FIRMA DEI GENITORI _____

FIRMA DEL MEDICO _____

DIAGNOSI - PIANO DI TRATTAMENTO – PREVENTIVO

DELLA TERAPIA ORTODONTICA

NOME:..... COGNOME:.....

NATO/A il: a:.....

RESIDENTE:.....

DIAGNOSI:.....

..... PIANO

DI TRATTAMENTO:.....

.....

PREVENTIVO DI SPESA

IN REGIME DI NON ESENZIONE:

Tipo di trattamento

.....

Durata.....

.....

Costo

Costo trattamento attivo:.....

Costo contenzione:.....

Totale:.....

IN REGIME DI ESENZIONE:

Costo

Costo trattamento attivo:.....

Costo contenzione:.....

Totale.....

La certificazione ISEE, l'indice di gravità della malocclusione IOTN e l'eventuale coesistenza di altra vulnerabilità per patologie sistemiche determina il diritto al regime di esenzione parziale o totale. La validità della certificazione ISEE è annuale. È compito del paziente e/o genitore e/o tutore alla scadenza della certificazione ISEE far pervenire alla Struttura la documentazione aggiornata. Qualora i parametri fossero variati o non venisse consegnata la certificazione aggiornata, la tipologia di pagamento sarà modificata con riferimento alla delibera del progetto ortodonzia con possibilità di inserimento dei soggetti in esame in fasce senza diritto all'esenzione parziale o totale.

Le tariffe indicate sono soggette a variazioni dovute agli adeguamenti annuali deliberate dall'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI).

Qualora il paziente (genitori se minore) desideri sospendere il trattamento in corso la Clinica Odontoiatrica e Stomatologica non si assume responsabilità derivanti dall'utilizzo incongruo dei dispositivi ortodontici applicati dal suo personale qualora gestiti da personale esterno alla Clinica stessa. Pertanto è preferibile la rimozione delle apparecchiature ortodontiche da parte del personale della Clinica al termine del rapporto.

Il sottoscritto _____,
dopo essere stato dettagliatamente informato e, quindi, aver compreso la diagnosi e il piano di trattamento ortodontico indicato nel presente modulo, presta il suo assenso alle terapie che gli sono state illustrate.

Accetto, altresì, il preventivo di spesa con le modalità di pagamento formulatemi.

DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE _____

FIRMA DEI GENITORI _____

FIRMA DEL MEDICO _____

IL SOTTOSCRITTO **DÀ** **NON DÀ** **L'AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DELLE REGISTRAZIONI DIAGNOSTICHE PERSONALI (IMPRONTE, FOTOGRAFIE, RADIOGRAFIE) PER SCOPI SCIENTIFICI E/O DIDATTICI.**(cancellare l'opzione che si vuole escludere)

FIRMA DEL PAZIENTE _____

FIRMA DEI GENITORI _____

(o di chi esercita la patria potestà)

MODULO DI CONSENSO PER TRATTAMENTO . DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 10 della legge 675/96, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare ... lo stato di salute...", ed autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini di diagnosi, cura, adempimento degli obblighi amministrativi e fiscali, nonché a scopi statistici.

Nome _____ Cognome _____

li _____

Firmaleggibile _____

Informativa art. 10 legge 675/96 per il trattamento di dati sensibili

Gentile Signore/a desideriamo informarla che la legge n.675/96 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, per i trattamenti di dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati (articolo 22 della legge 675/96).

Ai sensi dell'articolo 10 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. Il trattamento che intendiamo effettuare:

- a) riguarda la categoria dei dati "sensibili" sanitari;
- b) ha le finalità di diagnosi di cura e di adempimento agli obblighi amministrativi e fiscali;
- c) sarà effettuato nella modalità manuale ed informatizzata;
- d) i dati verranno comunicati, solo nei casi strettamente necessari, al laboratorio odontotecnico, ai sostituti ed alle assistenti nonché per adempiere agli obblighi fiscali ed amministrativi; i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso.

2. Il conferimento dei dati è obbligatorio e loro eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata esecuzione della prestazione.

3. Titolare del trattamento dei dati sensibili è il Prof. Roberto Di Lenarda.

4. Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 13 della legge 675/96, che per Sua comodità riproduciamo:

Diritti dell'interessato:

In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto:

- a) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro di cui all'articolo 31, comma 1, lettera a), l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarlo;
- b) di essere informato su quanto indicato all'articolo 7, comma 4, lettere a), b) e h);
- c) di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo:
 - la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano.
 - la cancellazione, la trasformazione di dati personali che lo riguardano.
 - l'aggiornamento di dati personali che lo riguardano.