



Studio Dr. Pietro Verri

Odontoiatra e Protesista Dentale • Perfezionato in Parodontologia Clinica e Peri-Implantologia

Via Colonnello Elia 34/A, Borgagne (LE) • Via Clementina Palma 70, Maglie (LE) • Tel. 328 837 4617
info@studioverri.com • www.studioverri.com • Iscr. Albo Odontoiatri Lecce n. 545

DOCUMENTO INFORMATIVO SUL CONSENSO INFORMATO

Igiene, Prevenzione e Terapia Parodontale Non Chirurgica

Igiene professionale • Detartrasi • Scaling e Root Planing (SRP) • Mantenimento parodontale

Questo documento ha carattere puramente informativo e descrive tutte le procedure che possono rientrare nella categoria indicata, i relativi rischi e le alternative terapeutiche. Non costituisce il consenso informato vero e proprio: quest'ultimo viene firmato in studio su un modulo personalizzato che riporta la specifica procedura proposta per il paziente.

1. PREMESSA

L'igiene orale professionale e la terapia parodontale non chirurgica costituiscono la base di ogni trattamento odontoiatrico. La malattia parodontale è una patologia infiammatoria cronica causata dai batteri del biofilm orale (placca batterica), che in soggetti geneticamente suscettibili porta alla progressiva distruzione del parodonto (osso alveolare, cemento, legamento parodontale). È la principale causa di perdita dentale negli adulti oltre i 40 anni. La terapia causale non chirurgica (Fase I) è il trattamento di prima scelta e, nella maggioranza dei casi, il trattamento definitivo.

2. PROCEDURE INCLUSE

2.1 – Istruzione igiene orale (OHI)

Valutazione della tecnica di spazzolamento del paziente, correzione degli errori, prescrizione degli ausili igienici personalizzati (spazzolino manuale/elettrico, scovolini della misura corretta, filo/tape interdentale, irrigatore orale, raschietto linguale). L'OHI è il cardine della prevenzione: senza un adeguato controllo della placca domiciliare nessun trattamento professionale è stabile nel tempo.

2.2 – Detartrasi sopragengivale (Prophylaxis)

Rimozione meccanica di placca batterica e tartaro sopragengivale (depositi mineralizzati di placca) con scaler ultrasonico piezoelettrico o magnetostriattivo e curette manuali. Completata dalla lucidatura con pasta profilattica o Air Polishing (polvere di bicarbonato, glicina o eritritolo + acqua), e dall'applicazione topica di gel o vernice al fluoro (NaF 1,23% o 2% o fluorofosfato acidulato).

2.3 – Scaling e Root Planing (SRP) – Terapia Parodontale Fase I

La procedura di elezione per la malattia parodontale. Eseguita in anestesia locale per quadrante (o per emimascella/emimandibola), prevede: rimozione di tartaro, biofilm batterico maturo e cemento necrotico/contaminato dalle superfici radicolari esposte nelle tasche parodontali, mediante curette di Gracey, scaler ultrasonici con punte sottogengivali (PIEZON® PS, DENTSPLY Slimline, Satelec®), eventualmente decontaminazione con laser (Er:YAG, Nd:YAG, diodo). Durata tipica: 45–90 minuti per quadrante. Si completano in 2–4 sedute. La rivalutazione parodontale (re-evaluation) viene eseguita a 8–12 settimane dal completamento della Fase I.

2.4 – Terapia antibiotica locale e sistemica

In casi selezionati (tasche profonde persistenti, forme aggressive, stadiazione severa): applicazione di antibiotici a rilascio locale (doxiciclina in gel Atridox®, minociclina microsfeere Arestin®) in tasche specifiche, o prescrizione di antibiotici sistemici (amoxicillina + metronidazolo 500 mg TID per 7 giorni, secondo protocollo Slots-van Winkelhoff).

2.5 – Mantenimento Parodontale (Supportive Periodontal Therapy – SPT)

Programma di controllo periodico a vita per i pazienti con storia di malattia parodontale. Include: aggiornamento degli indici parodontali (BOP – Bleeding on Probing, PPD – Probing Pocket Depth, CAL – Clinical Attachment Level, mobilità dentale, furcazioni), rimozione professionale del biofilm sopra- e sottogengivale, richiami motivazionali e correzione dell'igiene domiciliare. L'intervallo di mantenimento (3–6 mesi) è determinato dal rischio parodontale individuale (classificazione UNC/EFP).

3. BENEFICI ATTESI

- Riduzione del sanguinamento gengivale (BOP) e dell'infiammazione
- Riduzione della profondità delle tasche parodontali e guadagno di attacco clinico
- Arresto della progressione della malattia parodontale e del riassorbimento osseo
- Riduzione del rischio di perdita dentale nel lungo termine
- Evidenza scientifica crescente (Tonetti et al., 2018) su riduzione del rischio cardiovascolare associata al controllo della parodontite

4. RISCHI E COMPLICANZE

Comuni

- Sensibilità dentinale post-trattamento al freddo/caldo/dolce: transitoria (giorni-settimane); trattabile con dentifrici desensibilizzanti al nitrato di potassio o fluoruro di stannio
- Lieve sanguinamento gengivale nelle prime 24 ore

Non comuni

- Recessione gengivale apparente post-trattamento: la gengiva infiammata e gonfia si riduce dopo la guarigione; spazi neri interdentali (black triangles) possono diventare evidenti — è un segno di guarigione, non di peggioramento
- Sensibilità dentinale prolungata: trattabile con applicazioni topiche di fluoruro (vernice 5% NaF) o adesivo dentinale in studio

Rari

- Batteriemia transitoria post-SRP: nei pazienti con: protesi valvolare cardiaca meccanica o biologica, storia di endocardite batterica infettiva, cardiopatie congenite cianogene non corrette o corrette con materiale protesico — la profilassi antibiotica pre-seduta è **OBBLIGATORIA** secondo le linee guida AHA/ESC (amoxicillina 2 g os, 30–60 min prima della seduta; in allergia alle penicilline: clindamicina 600 mg)
- Lesione della polpa in denti con recessione severa e dentina scoperta

5. CONDIZIONI DA COMUNICARE PRIMA DI OGNI SEDUTA

Le seguenti condizioni modificano il protocollo di trattamento e **DEVONO** essere comunicate prima di iniziare:

- Protesi valvolari cardiache (meccaniche o biologiche) · Storia di endocardite batterica · Cardiopatie congenite cianogene: **PROFILASSI ANTIBIOTICA OBBLIGATORIA**
- Terapia anticoagulante (warfarin, NAO) o antiaggregante: possibile sanguinamento aumentato; valutare con il cardiologo
- Immunodepressione · Diabete mellito (la glicemia non compensata riduce la risposta alla terapia) · Gravidanza · Allergie ad anestetici locali o antibiotici

6. IMPORTANZA DEL MANTENIMENTO

La parodontite è una malattia cronica con tendenza alla recidiva. La Fase III (Supportive Periodontal Therapy) è permanente. I pazienti che abbandonano il programma di mantenimento mostrano una ricaduta significativa entro 2–5 anni dal completamento della terapia attiva (studi di Lindhe & Nyman, 1984; Axelsson et al., 2004). Il rispetto degli appuntamenti di mantenimento è la condizione indispensabile per la conservazione dei risultati nel lungo termine.

7. ISTRUZIONI DOMICILIARI

- Spazzolamento 2 volte/die (mattina e sera) per ≥ 2 minuti con tecnica Bass modificata
- Scovolini interdentali quotidiani (misura prescritta dal clinico): strumento principale per la pulizia interprossimale
- Filo interdentale o tape dove gli scovolini non passano
- Collutorio alla clorexidina 0,12% solo in fase acuta o post-chirurgica (max 4 settimane: non usare cronicamente — altera il microbioma orale e macchia i denti)
- Irrigatore orale: complemento agli scovolini; utile attorno agli impianti
- Segnalare: sanguinamento gengivale persistente, mobilità dentale aumentata, spazi interdentali che aumentano, suppurazione

Il presente documento è redatto ai sensi della Legge 22 dicembre 2017 n. 219 ("Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento") e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Le informazioni contenute sono di carattere generale e non sostituiscono la comunicazione personalizzata tra clinico e paziente, che avviene in sede di visita. Il medico rimane disponibile a chiarire qualsiasi dubbio prima della firma del consenso personalizzato.

Trattamento dei dati personali (art. 13 GDPR): i dati raccolti in studio sono trattati dal Titolare (Studio Odontoiatrico Studio Dr. Pietro Verri) esclusivamente per finalità di cura. Informativa completa disponibile presso lo studio e sul sito web.

Documento aggiornato: giugno 2026 – Studio Odontoiatrico Studio Dr. Pietro Verri