

All'att.ne del Signor
Direttore Marco Moresi
Scuola primaria
Consortile
6946 Ponte Capriasca

Versione aggiornata ed approvata dalla commissione cantonale per il servizio dentario scolastico, secondo le direttive del dipartimento della sanità e della socialità e sulle indicazioni dei rispettivi municipi per il finanziamento comunale.

Vezia, settembre 2017

SERVIZIO DENTARIO SCOLASTICO CANTONALE (SDS 2014-2018) - Circondario nr. 45

Scuole elementari di Origlio e Ponte Capriasca, scuole elementari e medie R.Steiner

Gentili Signore, Egregi Signori

Il dipartimento della sanità e della socialità, su proposta della sezione sanitaria, mi ha designato medico dentario scolastico per il vostro circondario nel 2012 e riconfermato nel 2014.

Sono originario della Capriasca, ho frequentato il ginnasio di Canobbio ed il liceo a Trevano, mi sono quindi laureato in medicina umana alle università di Friburgo (88-90) e Basilea (90-94), dove ho successivamente conseguito una seconda laurea in medicina dentaria (94-97). Sono seguiti 6 anni di assistenza in 3 studi diversi (Basilea-Zurigo-Davos), quindi come collaboratore in una clinica dentaria (Zurigo) e nello studio Medici a Chiasso (04-07), al mio rientro in Ticino dopo quasi 17 anni.

A partire da maggio 2007 sono titolare di uno studio a Vezia, in Via ai Platani 3 (si veda cartina allegata). Nel periodo 04-07 mi sono occupato, come collaboratore nello studio Medici (responsabile) del servizio dentario scolastico per Chiasso (elementari) e Stabio (medie), **dal 2007 sono medico dentista nel circondario 39 (Cureglia-Comano-Porza)**

L'iscrizione dell'allievo(a) al servizio dentario (SDS) autorizza il medico dentista scolastico a fornire cure dentarie necessarie (profilattiche e terapeutiche) fino all'importo *massimo di Fr 700.00 per allievo e anno scolastico* (modifica della Legge sulla promozione della salute e coordinamento sanitario del 29 gen 07). Questo contributo non è tuttavia garantito ed automatico per un quadriennio, in caso di modifiche sarà nostra premura segnalarlo.

Le prestazioni del SDS vengono suddivise in profilattiche e terapeutiche per stabilire il finanziamento: le prime causano in media il 75% dei costi, le seconde il 25%. I costi per le prestazioni di profilassi vengono coperti dal Cantone, che si fa poi rimborsare dai comuni in base alla loro forza finanziaria (recuperando ca. il 50% della spesa): su questa parte i comuni non possono chiedere contributi alle famiglie. Le spese per le misure terapeutiche vengono anticipati dal Cantone, che si fa poi rimborsare completamente dai comuni, i quali possono rifarsi sulle famiglie degli allievi in base alla loro situazione finanziaria (reddito imponibile). **Ne consegue che le famiglie possono eventualmente essere chiamate a contribuire per le cure terapeutiche (otturazioni; cure di radice/amputazioni vitali), che rappresentano in media il 25% dei costi totali; mentre per le cure di profilassi (controllo, pulizia, compreso estrazioni, anestesie e radiografie), in media il 75% dei costi totali, non viene richiesto alcun contributo.**

I comuni di Origlio e Ponte Capriasca non richiederanno in ogni caso alcun rimborso alle famiglie, nemmeno per le cure terapeutiche (indicazioni dei municipi dei rispettivi comuni).

Nel SDS viene applicato il valore del punto 3.1 (la media in Ticino viene stimata 3.6-3.7), che moltiplicato per il totale dei punti (per le varie cure) indica il corrispettivo in franchi (fattura).

Le cure effettuate dopo il 30 giugno verranno fatturate privatamente (chiusura ufficiale dei conteggi).

Gli appuntamenti privati mancati (non disdetti almeno 24 ore prima) verranno conteggiati alle famiglie secondo le apposite tariffe (18 punti x 3.1 = 55.80fr ogni 15 minuti; per l'igiene: 7.5p x 3.1 = 23.25fr ogni 15 minuti), cantone e comune non prevedono infatti (giustamente) alcun rimborso in questi casi.

Gli **allievi non iscritti** potranno essere riammessi alla condizione che si facciano prima risanare la dentatura a proprie spese (ufficio di sanità, 16 agosto 2007).

L'**iscrizione** dei propri figli al servizio dentario scolastico *non è naturalmente obbligatoria*, tuttavia mi preme ricordare che il medico dentista incaricato viene nominato, come riportato nell'introduzione, dal Dipartimento della Sanità e Socialità su proposta della sezione sanitaria. *Viene quindi offerto un servizio di qualità*, perfettamente paragonabile a quello che può offrire il vostro dentista di fiducia, che a sua volta potrebbe anche essere un medico dentista scolastico.

All'inizio dell'anno scolastico viene consegnato dal docente di classe alle famiglie il libretto con il timbro del medico dentista per l'iscrizione, questo deve ritornare debitamente *firmato (prima firma: iscrizione)*. Per la **visita di controllo** vengono utilizzati unicamente strumenti sterilizzati per ogni bambino ed il riunito (sedia) accuratamente disinfettato. Tutto ciò che entra in contatto con la bocca è naturalmente sterilizzato o protetto (guanti). Dopo la visita il libretto viene consegnato all'allievo(a) affinché i genitori prendano conoscenza del risultato e poi restituito dalla scuola al medico dentista *firmato (seconda firma: consenso formale alla eventuale terapia indicata sul libretto)*.

Secondo le direttive del dipartimento della sanità e della socialità per il servizio dentario scolastico, il medico dentista è tenuto ad avvisare i genitori in caso di necessità di una *cura ortodontica* e prima di procedere all'estrazione di denti *permanenti*; il consenso preliminare dei genitori (prima firma: iscrizione) implica l'autorizzazione ad eseguire cure di routine e d'urgenza senza ulteriori avvisi e senza la seconda firma. Il medico dentista può *quindi intervenire già in occasione della prima visita*, per evitare trasporti superflui ed assenze dalle lezioni, ma anche e soprattutto in caso di *provata urgenza* (cure di profilassi). Un ascesso in corrispondenza di un dente deciduo (non permanente) ne implica normalmente l'estrazione, che può dunque avvenire anche senza il consenso formale dei genitori (secondo le direttive: si veda sopra). Questi vengono comunque contattati nel limite del possibile.

Nel nostro studio, per evitare inutili discussioni, non verrà eseguita nemmeno la semplice pulizia dei denti senza il consenso dei genitori (seconda firma sul libretto), che saranno contattati anche nei casi di effettiva urgenza, comunque rari.

Vengono quindi allestite le liste per le convocazioni, dalle quali vengono poi cancellati i nominativi di chi non intende sottoporsi alle cure (terapeutiche). Per questa operazione sono comunque necessari i **libretti**, invitiamo quindi i genitori a volerli riconsegnare il più presto possibile alla scuola, in modo da allestire le liste definitive ed organizzare per tempo le cure.

I **preventivi** vanno ritornati *firmati* in tempi ragionevolmente brevi; con il ripristino dei 700 Fr per allievo sono comunque rari.

La cooperazione dei genitori è fondamentale nel segnalare allergie, malattie o informazioni particolari.

Si prega vivamente di compilare in modo adeguato e completo la pagina 3 del libretto scolastico (salute generale), le osservazioni verranno riportate sulla cartella clinica.

Le **radiografie** interprossimali sono vivamente raccomandate *in IV o V elementare* per diagnosticare le carie interdentali dei primi molari permanenti ed accertare eventuali agenesie (non formazione) di premolari permanenti, in caso di sospetto ritardo nell'eruzione o se questa risultasse asimmetrica.

Nel nostro studio verranno effettuate solamente radiografie digitali, queste permettono di ridurre la dose d'irraggiamento di ca. 10 volte rispetto alle radiografie convenzionali, in altre parole la dose che veniva applicata per 2 radiografie interprossimali convenzionali (film da sviluppare) corrispondono alla dose di 20 radiografie digitali. Queste ultime sono oltretutto a disposizione in pochissimi secondi, non necessitano infatti di nessun sviluppo, con un tangibile risparmio di tempo a vantaggio di una migliore organizzazione.

La **pulizia** dei denti è prevista (dopo la seconda firma) in presenza di tartaro (detartraggio) o in mancanza di un'igiene corretta. Nel nostro studio sono a disposizione, oltre al sottoscritto, un igienista e un'assistente di profilassi, la pulizia può comunque essere eseguita anche da un'assistente dentale (direttive DSS).

Lavorando su tre sedie (riuniti) possiamo quindi curare più pazienti contemporaneamente.

La seduta di **profilassi** è *obbligatoria* e prevista annualmente *solo per gli allievi delle scuole in cui non agisce l'operatrice di prevenzione dentaria*. Questa è volta a ridurre la *placca dentale*, che se non eliminata viene mineralizzata dal calcio contenuto nella saliva e trasformata in *tartaro*. La placca dentale causa le carie ed è responsabile delle malattie umane più diffuse al mondo: *gengivite e parodontite*.

La **gengivite** è un'inflammatione della gengiva dovuta all'accumulazione della placca dentale a seguito di un'igiene insufficiente. La prevalenza di questa malattia raggiunge il suo picco massimo nei bambini. Non è in effetti inusuale riscontrarla, questo crea però spesso non pochi malintesi da parte dei genitori.

Una leggera infiammazione delle gengive (riportato sul libretto: “**gengive leggermente malate**”) può in un certo senso essere considerata “fisiologica” ma deve avere come conseguenza un miglioramento dell’igiene orale; mentre un’infiammazione più marcata (libretto: “**gengive molto ammalate**”) è sempre associata ad un’*igiene insufficiente* (si consiglia una seduta di profilassi ed igiene).

Le **cure** devono essere semplici ed adeguate secondo le direttive del Servizio Dentale Scolastico e si limitano quasi esclusivamente a sigillature ed otturazioni. In presenza di carie profonde su denti decidui si pratica un’amputazione di una parte del nervo, su denti definitivi una cura di radice.

Per **sigillatura** s’intende la chiusura ermetica dei solchi anatomicamente sfavorevoli sui denti molari permanenti onde evitare la formazione di carie. Detti solchi (fessure) vengono sigillati con un composito (resina) liquido dopo una mordenzatura per mezzo di un acido. Il dente non viene preparato. Nel caso di una **sigillatura estesa** si “allarga” dapprima il solco per essere sicuri che non vi sia carie, si tratta di una preparazione minimamente invasiva. Tutte le otturazioni sono eseguite esclusivamente in composito (otturazioni bianche) e non più in amalgama.

Le otturazioni sui molari decidui non sono superflue, questi sono infatti fondamentali per il normale sviluppo dell’occlusione (si veda capitolo ortodonzia).

In pochi casi si deve procedere ad **estrazioni** di denti decidui, quasi sempre a seguito di ascessi dopo amputazione del nervo (si veda sopra) o in caso di carie troppo profonde, in pochissimi casi ci si trova in presenza di una dentatura desolata, per le quali si procede alle estrazioni necessarie e si coordina una terapia con uno specialista in ortodonzia prima di eventuali otturazioni.

In casi rari si ricorre alla **narcosi** (ospedale italiano) per bambini assolutamente ingestibili (finora mai successo nel nostro circondario). Va comunque specificato che la narcosi, anche se effettuata da uno specialista, comporta dei rischi che vale la pena di soppesare attentamente.

Le cure a seguito di **infortuni** vanno annunciate all’assicurazione (si veda lettera informativa) e *non sono onorate dal SDS*.

Quasi un quarto degli allievi presenta una **malocclusione** e necessita di una terapia ortodontica specialistica. Una media che rientra nelle statistiche conosciute. Nei colloqui con i genitori e sul libretto scolastico vengono segnalate le necessità funzionali ed estetiche. Saranno poi i genitori a decidere, dopo una consultazione con uno specialista, sulla terapia da intraprendere.

Le cure ortodontiche non sono riconosciute e dunque non verranno onorate, i comuni di Origlio e Ponte Capriasca non prevedono inoltre, al di fuori del SDS, eventuali altri rimborsi in base al reddito.

A questo proposito ritengo importante segnalare che nella maggior parte dei casi le casse malati si assumono gran parte dei costi a condizione che sia stipulata un’assicurazione complementare, caldamente consigliata, soprattutto se anomalie del genere sono già conosciute in famiglia; va però richiesta al più presto (prima dei 5 anni) a seconda delle varie casse malati.

I genitori possono naturalmente scegliere a chi affidare i propri figli per una **terapia ortodontica**, anche tra non specialisti, non è infatti obbligatorio esserlo per poter praticare l’ortodonzia.

Uno specialista dovrebbe offrire maggiori garanzie, se non altro per possibili complicazioni o in caso di contestazioni, alcune casse malati infine non accettano che specialisti. *Invito quindi i genitori a ponderare la propria scelta con cognizione di causa*, in alcuni casi ci si affida a colleghi non specialisti convinti che invece lo siano. La lista degli **ortodontisti specializzati** è a disposizione. Se poi ci si vuole affidare ad un non specialista per scelta (fiducia) si è evidentemente liberi di farlo.

La collaborazione con gli ortodontisti è senz’altro buona. In alcuni casi vi possono essere dei malintesi con i genitori, segnalando anomalie (libretto scolastico) e consigliando una consultazione specialistica per pazienti che hanno già preso contatto privatamente. Mi pare corretto da parte mia segnalare anche la più piccola anomalia. Non posso inoltre sapere se il paziente è sotto osservazione o sta per cominciare una terapia specialistica, anche chiedendolo direttamente all’interessato non è sempre facile avere delle risposte chiare. *Vi sarei grato in questo senso se potrete segnalare il tutto sul libretto al momento della seconda firma dopo la visita.*

In molti casi è ancora decisamente prematuro per un’eventuale terapia, preferisco però che i genitori siano informati preventivamente e che siano gli specialisti a stabilire tempi e modi.

Mi preme infine ricordare come i denti decidui siano importanti per il normale sviluppo dell'occlusione permanente. I **molari decidui** sono in effetti fondamentali per il mantenimento degli spazi fino all'eruzione dei premolari permanenti, prevista nel corso del 10° anno per i primi (14-24), i secondi (25-25) nel corso dell'11° anno. Si tratta comunque di una media statistica con una variazione di ca. 2 anni per i più precoci (8-9 anni) e per i ritardatari (12 anni e più).

Ne consegue che **eventuali otturazioni su molari decidui non sono da considerare superflue**, la loro perdita prematura porta ad una mancanza di spazio. Il risultato di tutto questo è una malocclusione con ripercussioni funzionali, estetiche, psicosociali e non da ultimo finanziarie, se necessita di una terapia ortodontica.

In conclusione, spero che questo mio scritto si riveli un utile ed apprezzato strumento di informazione, prevenzione e cooperazione.

Vi ringrazio per l'attenzione e resto a più completa disposizione per ulteriori chiarimenti o informazioni.

y.campana

