

Riaprire gli studi in sicurezza: consigli pratici contro il rischio infettivo

31 Marzo 2020



Alla riapertura degli studi dentistici dovremo affrontarne l'andamento incerto della pandemia e mostrare la versione migliore di noi stessi per garantire la sicurezza di tutti, nel rispetto della Legge 81/08, della 24/2027 (Gelli) e dell'Atto CSR 104/2016.

Alla ripresa, e per mesi, sarà necessario attuare un approccio integrato per la prevenzione del rischio infettivo (RI) (1, 2). Le fonti cui attingere, in assenza di linee guida italiane e di raccomandazioni evidence based delle nostre società scientifiche, così come descritto in una mia recentissima pubblicazione (3), sono la linea guida dei Centers for Disease Control and Prevention americani del 2016 e le indicazioni aggiornate dell'American Dental Association (4, 5).

Ecco alcuni consigli pratici e criteri di scelta per la prevenzione della Covid19 nel proprio studio.

1) Protezione individuale: usare correttamente tutti i Dpi (guanti (AQL 1-1.5), divise, sovracamici, schermi ecc.) e in particolare le protezioni delle vie respiratorie. Tutte le protezioni, dalle mascherine chirurgiche IIR a quelle filtranti (FFP2 e FFP3), non ci proteggono se indossate male, e questo accade molto frequentemente (4, 5, 6, 7). I Dpi e le mascherine devono essere indossati per almeno 20 minuti dopo la conclusione delle prestazioni che producono contaminazione aerea. Le mascherine chirurgiche sono monouso; quelle filtranti vanno indossate e tolte secondo indicazioni (4, 8, 9) e non possono essere tolte tra un paziente e l'altro perché la contaminazione della superficie esterna potrebbe essere alta. Infine, dovremo essere molto più attenti quando indosseremo e toglieremo tutti i Dpi, nella opportuna sequenza (8, 9). Per la scelta delle protezioni, seguire le indicazioni di American Dental Association, Inail e Istituto Superiore di Sanità, consapevoli delle sanzioni indicate dalle leggi 81/08 e 231/01.

2) Igiene degli operatori: aumentare l'igiene personale, il lavaggio e/o disinfezione delle mani. Privilegiare prodotti con composizione alcolica (4, 5) e ampio spettro di azione. Dovremo lavarci le mani prima e dopo ogni cura, anche perché i pazienti ci osserveranno. Non dimentichiamoci: unghie corte e curate (smalto da sostituire ogni 4 giorni), togliere accessori e raccogliere i capelli sotto una cuffia. Lavarsi bene faccia e mani a fine lavoro.

3) Triage del paziente: da effettuare sempre telefonicamente il giorno prima dell'appuntamento, con ulteriore verifica all'accesso in studio (5). Al proposito, seguire i continui aggiornamenti American Dental Association.

4) Comunicazione e organizzazione. Dovremo trasmettere sicurezza e sostegno psicologico ai pazienti spaventati, essere assertivi nel comunicare il lavoro di prevenzione del rischio infettivo, riorganizzare il lavoro in base al triage e per evitare la presenza di più persone negli stessi ambienti, inviare informazioni per l'accesso ai pazienti. Non ultimo, dovremo imparare a salutare il paziente con poche parole efficaci e... sorridere con gli occhi.

5) Igiene dei pazienti: ora i pazienti devono lavarsi/disinfettarsi le mani prima di entrare nelle zone operative ed evitare di portare all'interno oggetti potenzialmente contaminati (borse, cellulari ecc.).

6) Pagamenti: è preferibile richiederli prima della seduta; in alternativa i pazienti dovrebbero disinfettarsi le mani alla fine della procedura e prima di pagare. La recente normativa sulla tracciabilità elettronica dei pagamenti dei pazienti ci aiuterà per limitare l'uso dei contanti, potenzialmente molto contaminati. Il pagamento con assegni è sconsigliato, anche per limitare altri pericoli (andare in banca, copertura dell'assegno).

7) Prima delle cure: prevedere uno sciacquo con collutorio, evitando quelli a base di clorexidina, e scelto in base alle informazioni sullo spettro di azione (ad esempio PVP, esetidina, acqua ossigenata) (4, 5, 10).

8) Durante le cure: utilizzare diga e aspiratore standard e chirurgico, consapevoli che l'aspirazione di quello chirurgico è parziale sul particolato fine (11).

9) Ricondizionamento degli strumenti: tutti gli strumenti (incluse le turbine) devono essere sterili visto che è cogente l'atto CSR 104/2016 e vista l'indicazione di American Dental Association (5). È indispensabile una decontaminazione e lavaggio efficace di tutti gli strumenti in acciaio perché Sars-CoV2, oltre che nella saliva, può essere presente anche nel sangue e resiste sull'acciaio (10, 12). Le caratteristiche dei disinfettanti per strumenti e la temperatura degli US (30-40°C) dovrebbero essere idonei per l'inattivazione del virus. Seguire scrupolosamente le indicazioni dei fabbricanti. Verificare la qualità dell'acqua dell'osmosi inversa utilizzata per l'autoclave classe B ed effettuare cicli ed effettuare tutti i controlli previsti dell'autoclave (prova del vuoto, Helix e prova biologica). Conservare le confezioni sterilizzate lontano da fonti di contaminazione per il tempo previsto dalle caratteristiche della barriera C/P. Non riutilizzare mai strumenti o accessori monouso (spazzolini per profilassi, deflussori ecc.).

10) Impronte: privilegiare sistemi Cad-Cam, visto che è lecito aspettarsi che impronte e protesi siano contaminate da Sars-CoV2 e vista la gravità della Covid19 negli anziani (13, 14). Usare disinfettanti (fortunatamente, sono per lo più a base alcolica) per impronte prese con tecnologia tradizionale e prove intermedie del laboratorio (14). Attenzione a non contaminare la carta delle prescrizioni ed esternamente le buste per il trasporto.

11) Modelli studio: non sappiamo quanto il virus sia resistente, ma i modelli in gesso sono normalmente molto contaminati da diverse speci microbiche e di non facile disinfezione. Preferire modelli in materiale sintetico (14, 15).

12) Radiografie: privilegiare le radiografie extraorali o, durante quelle intraorali, evitare che il paziente abbia attacchi di tosse al posizionamento della lastrina (2). Evitare di contaminare il carrello dei sistemi per lo sviluppo delle lastre ai fosfori.

13) Superfici: fondamentale la disinfezione delle superfici cliniche ad alto contatto (Scac). In generale, le Scac sono contaminate con sangue e agenti microbici per ricaduta o tramite il contatto con le mani (4). In particolare fare attenzione a telefoni, tastiere, Pos, mouse, lampade di polimerizzazione, tubi radiogeni, pistole per materiali odontoiatrici, caschetti ingranditori, siringhe per composito ecc. (6, 16); usare disinfettanti per superfici ad alto contatto "veloci" (tempo di azione 1-2 minuti) e ad ampio spettro di azione (micotuberculocida) (4). È preferibile usare salviette pre-imbevute. Infine, verificate se il prodotto abbia certificazioni valide per l'azione micobattericida (4, 5) ed eventualmente anche per il coronavirus (vedi elenco FDA). Attenzione: non fidarsi delle informazioni commerciali.

14) Protezioni fisiche: Usare protezioni monouso (pellicole uso alimentare, adesive o certificate per uso medico, sterili e non, customizzate ecc.) soprattutto per coprire tubi, levette degli aspiratori, pulsantiere e tastiere PC ecc. (4, 6).

15) Organizzazione dei piani di lavoro e dei cassette: togliere dai ripiani tutti gli oggetti non necessari. Evitare di usare carta e togliere confezioni cartacee dalle sale operative (10) o facciamo attenzione a non contaminarle (ad esempio Superfloss). Eliminare le riviste nella sala d'aspetto.

16) Condizionamento, decontaminazione e/o disinfezione aerea: effettuare la decontaminazione aerea in modo automatico con sistemi filtranti (con filtri EPA) e/o apparecchi che erogano aerosol secco a base di acqua ossigenata. A mio avviso, sistemi basati su vapore acqueo caldo non sono ergonomici, potenzialmente pericolosi per l'Aso e incompatibili con le superfici cliniche ad alto contatto clinico (spesso fatte di materiale plastico e molti anfratti). Controllare e fare manutenzione regolare dell'impianto di condizionamento dell'aria e degli aspiratori (11, 17). Ovviamente, arieggiare i locali frequentemente.

17) Decontaminazione del circuito idrico del riunito: è ragionevole che il virus venga inattivato dai prodotti specifici per il circuito idrico, ma resiste nell'acqua non clorata (18). Alla riapertura e secondo le indicazioni del fabbricante, è consigliabile (4): a causa della stagnazione prolungata, fare subito il trattamento shock (ad esempio Metasys BR); a causa del lavoro non costante, proseguire con lo spurgo e i trattamenti continui (ad esempio riuniti Adec, Kavo ecc.) o settimanali (ad esempio Planmeca).

18) Test per il dosaggio di anticorpi contro Sars-2: il problema della copertura anticorpale è tuttora poco conosciuto (5); l'approccio è molto interessante, ma i test saranno da valutare con attenzione alla luce della loro disponibilità, sensibilità, e i risvolti relativi alla privacy dei dati sensibili.

Livia Barenghi

Biologa, esperta di prevenzione infezione crociata in odontoiatria

1. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci.* 2020;12(1):9. Published 2020 Mar 3.
2. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J Dent Res.* 2020;22034520914246.
3. Barenghi L. News from the COVID-19 front in an Italian Dental Practice. *EC Dental Science* 19.4 (2020): 157-161.
4. CDC. Summary of infection prevention practices in dental settings. Basic expectations for safe care. www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol
5. American Dental Association, www.ada.org
6. Barenghi L, Barenghi A, Di Balsio A. Infection control in dentistry and drug-resistant infectious agents: a burning issue. Part 2. *IntechOpen* 2018.
7. Radonovich LJ Jr, Simberkoff MS, Bessesen MT, et al. N95 Respirators vs Medical Masks for Preventing Influenza Among Health Care Personnel: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019;322(9):824-833.
8. CDC. Proper N95 Respirator Use for Respiratory Protection Preparedness. <https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2020/03/16/n95-preparedness>
9. CDC. Donning and Doffing and User Seal Checks Video www.cdc.gov/niosh/npptl/topics/respirators/disp_part/donningdoffing.html
10. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect.* 2020;104(3):246-251.
11. Liu MH, Chen CT, Chuang LC, Lin WM, Wan GH. Removal efficiency of central vacuum system and protective masks to suspended particles from dental treatment. *PLoS One.* 2019;14(11):e0225644. Published 2019 Nov 26.
12. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1 [published online ahead of print, 2020 Mar 17]. *N Engl J Med.* 2020;10.1056/NEJMc2004973.
13. Livingston E, Bucher K. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy [published online ahead of print, 2020 Mar 17]. *JAMA.* 2020;10.1001/jama.2020.4344.
14. Barenghi L, Barenghi A, Cadeo C, Di Blasio A. Innovation by Computer-Aided Design/Computer-Aided Manufacturing Technology: A Look at Infection Prevention in Dental Settings. *Biomed Res Int.* 2019;2019:6092018. Published 2019 Aug 6.
15. www.dentaljournal.it/flusso-digitale-protesi-riduce-pericolo-infettivo
16. www.kerrdental.com/it-it/resource-center/pulire-disinfettare-e-coprire-azioni-importanti-superfici-cliniche-frequente
17. Hallier C, Williams DW, Potts AJ, Lewis MA. A pilot study of bioaerosol reduction using an air cleaning system during dental procedures. *Br Dent J.* 2010;209(8):E14.
18. WHO. Water, sanitation, hygiene and waste management for the COVID-19 virus. Technical brief. www.who.int/publications-detail/water-sanitation-hygiene-and-waste-management-for-covid-19