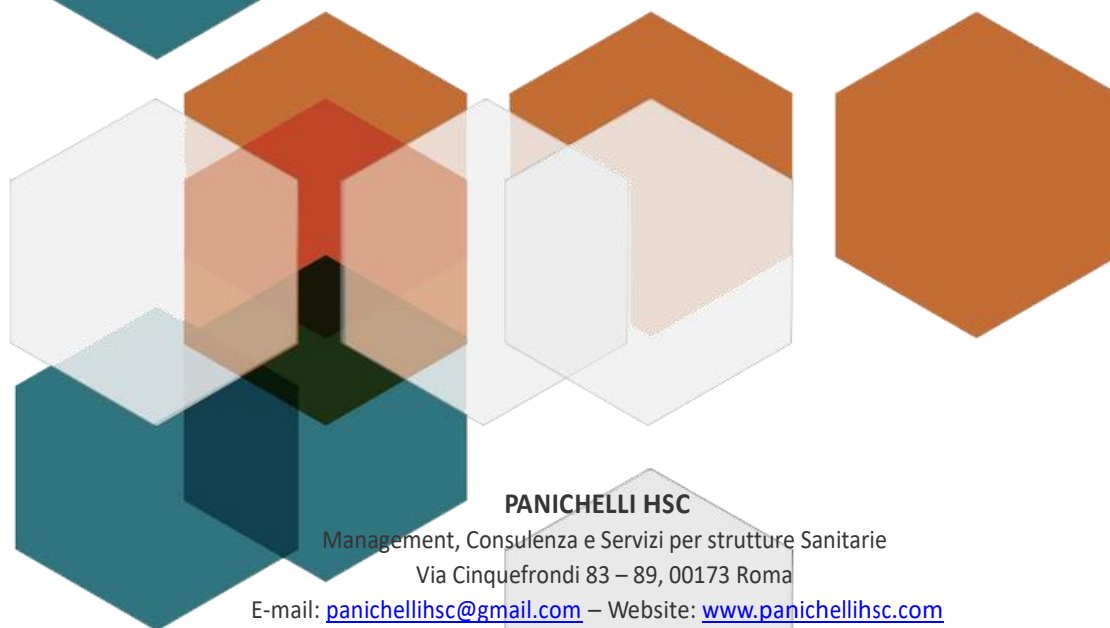
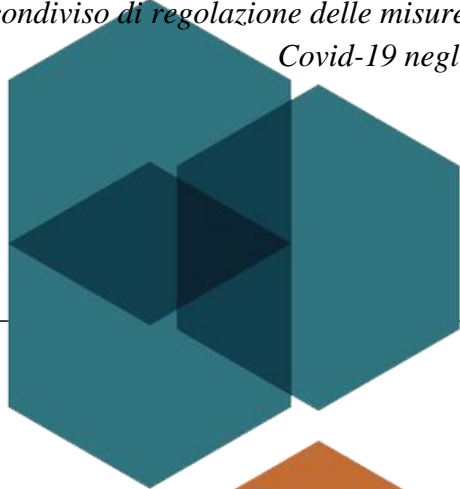




AGGIORNAMENTO DEL PROTOCOLLO DI GESTIONE DELL'EMERGENZA DA COVID-19 NELLE ATTIVITA' ODONTOIATRICHE

*'Indicazioni operative per l'attività odontoiatrica durante la pandemia
Covid-19'*

Sulla base del *'documento realizzato dal 'Tavolo tecnico volto alla formazione, ricerca e programmazione dell'attività odontoiatrica, con particolare riferimento all'odontoiatria pubblica e sociale'* (validato dal Ministero della Salute in data 19/07/2022) e del *'Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro'* del 30.06.2022'.



PANICHELLI HSC

Management, Consulenza e Servizi per strutture Sanitarie

Via Cinquefrondi 83 – 89, 00173 Roma

E-mail: panichellihsc@gmail.com – Website: www.panichellihsc.com



INDICE ARGOMENTI

1. PREMESSA

2. DEFINIZIONE DI CASO E TRIAGE

3. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

4. PROTOCOLLI OPERATIVI

5. GESTIONE DELLA SALA D'ATTESA E DELL'AREA AMMINISTRATIVA

6. INDICAZIONI ULTERIORI PER LA GESTIONE DEI LAVORATORI

7. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA COVID-19

8. ALLEGATI (Lavaggio Mani, Triage, Procedure di Vestizione e Svestizione, Indicazioni operative per il paziente)



1. PREMESSA

Un nuovo *Coronavirus*, settimo membro della famiglia dei Coronaviridae, identificato con il nome SARS-CoV-2 si è diffuso alla fine di dicembre 2019 nel territorio di Wuhan in Cina. L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che il focolaio internazionale di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 è una pandemia.

Il virus causa una malattia sistemica, di cui la manifestazione severa più frequente è la polmonite; tuttavia, esistono soggetti asintomatici o paucisintomatici.

Il Sars-CoV2 può essere trasmesso direttamente da persona a persona tramite goccioline respiratorie, contatto diretto, in modo indiretto attraverso oggetti/superfici considerati "fomiti" contaminati. Tuttavia, alla luce delle nuove conoscenze scientifiche le varianti che in questo momento (giugno 2022) sono dominanti possono essere trasmesse anche attraverso goccioline di minime dimensioni (aerosol), prodotte da una persona infetta, che viaggiano per metri o decine di metri e sono in grado di trasportare il contenuto virale per un lungo periodo di tempo. Sulla base di queste considerazioni, è insufficiente basare la prevenzione dell'infezione solo sul distanziamento fisico, ma è diventato fondamentale prevedere un'adeguata ventilazione negli ambienti chiusi, magari con l'ausilio di purificatori d'aria che si sono dimostrati utili sia da soli, sia insieme alla ventilazione naturale, per limitare la diffusione delle nuove varianti considerate molto più trasmissibili. Il periodo di incubazione asintomatica per gli individui infetti con 2019-nCov varia da 5-6 giorni, anche se con la comparsa delle varianti Omicron sembra essere decisamente inferiori (2-4 giorni), fino a 14 giorni ed è stato inoltre confermato che i pazienti presintomatici (che rilasciano virus ma non hanno ancora sviluppato sintomi) positivi possono diffondere il virus con notevole efficienza.

Inoltre, è accertata la trasmissione da parte di individui asintomatici ma con una minore possibilità di infettare un soggetto sano, rispetto agli individui che sviluppano un'infezione sintomatica.

I bambini rappresentano circa l'1%-5% dei casi di COVID-19 diagnosticati, ma la malattia si manifesta in modo meno grave: circa il 90% dei pazienti pediatrici è asintomatico, o presenta sintomi lievi o moderati. Tuttavia, fino al 6,7% dei casi pediatrici presenta dei quadri respiratori gravi, in particolare in pazienti di età inferiore ad 1 anno e in pazienti che presentano patologie sistemiche. Questo quadro è mutato con le varianti omicron che sono state in grado di infettare, per meccanismi ancora non ben conosciuti, in maniera molto più efficiente la fascia di età sotto i 18 anni, in particolare i bambini tra i 5 e gli 11 anni.

Ad oltre due anni dalla comparsa del nuovo SARS-CoV-2 le conoscenze scientifiche hanno permesso di introdurre importanti novità in termini di diagnostica, trattamento e profilassi. Sono stati introdotti infatti test rapidi diagnostici di diverso tipo, efficaci, affidabili, economici, non invasivi e con risultati in tempo reale. Sono disponibili vaccini che uniscono a una notevole sicurezza una notevolissima efficacia per la prevenzione della malattia grave (la protezione contro l'infezione sembra meno solida e duratura) e anche dal punto di vista farmacologico farmaci antivirali specifici, se somministrati tempestivamente, possono diminuire in maniera notevole l'aggravarsi della infezione in pazienti a rischio e probabilmente anche diminuirne l'infettività. I pazienti e i professionisti del settore odontoiatrico sono quotidianamente esposti a microrganismi patogeni, compresi virus e batteri, che infettano la cavità orale e le vie respiratorie. Le procedure odontoiatriche comportano il rischio di infezione da Sars-CoV-2 a causa della specificità delle procedure stesse. Si parla infatti di trasmissione diretta per quanto riguarda la distanza tra operatore e paziente, l'esposizione a saliva e secrezioni, l'utilizzo di strumenti appuntiti e di strumenti rotanti generanti "droplet", il contatto con la mucosa congiuntivale, ed infine il contatto con goccioline prodotte da tosse e secrezione nasale di un individuo infetto senza mascherina, che aumenta significativamente il rischio biologico per l'operatore. I microrganismi patogeni possono essere trasmessi, inoltre, anche attraverso l'inalazione degli stessi quando trasportati dall'aerosol che si propaga e che può permanere per un periodo di tempo prolungato.



Data la situazione epidemiologica, l'evoluzione pandemica, i progressi scientifici e tecnologici, nonché la cessazione della fase emergenziale, si è resa necessaria la revisione delle *'Indicazioni operative per l'attività odontoiatrica durante la pandemia da Covid-19'*, redatte in data 4 maggio 2020. Il presente aggiornamento, risalente al 22 giugno 2022, è stato validato dal Ministero della Salute.

Lo scopo di questo documento è di fornire indicazioni per l'operatività degli odontoiatri in epoca di pandemia da SARS-CoV-2.

Le presenti indicazioni sono suscettibili di successive revisioni a causa delle evidenze scientifiche al momento disponibili sulla Covid-19 in generale e sul correlato rischio di contagio in ambito odontoiatrico. Salvo quanto previsto dal presente documento, indirizzato a contenere il possibile contagio da Sars-Cov2, rimangono valide le procedure standard per i requisiti organizzativi, strumentali e di rapporto con il paziente già normalmente adottate negli studi odontoiatrici (es. protocolli di sanificazione e sterilizzazione, privacy, cartella clinica, ecc.).

2. DEFINIZIONE DI CASO E TRIAGE

La circolare del Ministero della Salute del 27 gennaio 2020 ha fornito le prime definizioni di caso, evidenziando come il criterio clinico deve essere sempre accompagnato da quello epidemiologico. Tali definizioni sono state aggiornate con il modificarsi del quadro epidemiologico.

Un **contatto** di un caso COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Definizione di "contatto stretto"

Il contatto stretto (esposizione ad alto rischio) di un caso probabile o confermato è definito come:

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti, in qualsiasi direzione, rispetto a un caso di COVID-19; i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto;
- gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.



Contatto "a basso rischio"

Per contatto a basso rischio si intende una persona che ha avuto una o più delle seguenti esposizioni:

- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, ad una distanza inferiore ai 2 metri e per meno di 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) o che ha viaggiato con un caso COVID-19 per meno di 15 minuti;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19, provvisto di DPI raccomandati;
- tutti i passeggeri e l'equipaggio di un volo in cui era presente un caso COVID-19, ad eccezione dei passeggeri seduti entro due posti in qualsiasi direzione rispetto al caso COVID-19, dei compagni di viaggio e del personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto che sono infatti classificati contatti ad alto rischio.

Triage

Un momento cruciale nella accoglienza del paziente è il cosiddetto "TRIAGE", cioè la procedura di selezione degli accessi negli studi e nelle strutture odontoiatriche.

Dal momento dell'avvio della pandemia e sino ad oggi si è proceduto ad un TRIAGE TELEFONICO preliminare alla conferma del permesso di accesso del paziente nello studio.

Con il triage telefonico si richiedevano notizie di anamnesi medica recente su esperienze dirette o indirette di COVID 19: **si ritiene che il triage telefonico preliminare non sia più necessario.**

Permane invece il TRIAGE DI ACCETTAZIONE (vedere allegato 2 'scheda per il Triage') che presenta dei vantaggi fondamentali:

- si prefigge lo scopo di riconoscere precocemente i pazienti potenzialmente portatori di infezione da SARS-CoV-2 prima di accedere alle cure.
- Si propone lo scopo di minimizzare il rischio operativo tramite l'allocatione del paziente in una categoria specifica
- Supporta la sanità pubblica e privata nel riconoscimento precoce di pazienti potenzialmente COVID-19

Fasi operative dell'accettazione

1. Il paziente deve indossare la mascherina per accedere in struttura
2. Il paziente deve eseguire il lavaggio delle mani con acqua e sapone o la disinfezione con soluzione idroalcolica in gel o liquida (vedere allegato 1 'cartello sul corretto lavaggio/disinfezione delle mani'). I bagni devono essere dotati di un dispenser di salviette in carta o di un asciugatore ad aria.
3. Il paziente deve indossare la mascherina fino all'inizio della fase operativa.
4. Il paziente deve compilare e sottoscrivere il questionario COVID (vedere allegato 2 'scheda per il Triage').

Rispetto alle indicazioni finora vigenti si ritiene non più opportuno il rilevamento della temperatura con termoscanner o termometro contactless e altresì non si ritiene più necessario l'invito a depositare tutti i suoi effetti personali in sacchi monouso prima di entrare nelle sale operative.

Si ribadisce che tutti gli studi e le strutture odontoiatriche dovranno adottare la misura del triage di accettazione al fine di ridurre al minimo il rischio di trasmissione di infezione in ambito odontoiatrico, poiché ogni paziente va considerato come potenzialmente contagioso.



3. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI

Oltre a utilizzare i DPI adeguati, è necessario effettuare sempre prima e dopo le procedure l'igiene delle mani (vedere allegato 1 'cartello sul corretto lavaggio/disinfezione delle mani')

Selezione dei DPI

Si intende per dispositivo di protezione individuale ("DPI") qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi per la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo (art. 74, comma 1 D.lgs 81/08).

È calcolato che il rischio aumenta:

- quando si ha un contatto stretto con persone infette attraverso secrezioni della bocca e del naso (saliva, secrezioni respiratorie o goccioline droplet)
- quando si eseguono procedure a rischio di generare particelle molto piccole (chiamate nuclei di goccioline aerosolizzate o aerosol) che sono in grado di rimanere a lungo sospese nell'aria (rif. Ministero della Salute 2020)

Mascherine

Si suddividono in tre classi di protezione: FFP1, FFP2 e FFP3. la loro funzione protettiva è normata a livello europeo secondo EN 149. Queste sono denominate "semimaschere filtranti contro particelle o maschere per polveri sottili". La sigla FFP sta per "filtering face piece", ovvero maschera filtrante. Le maschere respiratorie della classe di protezione FFP1 filtrano almeno l'80% delle particelle che si trovano nell'aria fino a dimensioni di 0,6 µm. Le maschere respiratorie della classe di protezione FFP2 filtrano almeno il 94% delle particelle che si trovano nell'aria fino a dimensioni di 0,6 µm. Le maschere respiratorie della classe di protezione FFP3 offrono la massima protezione possibile dall'inquinamento dell'aria respirabile, con una perdita totale del 5% massimo, e una protezione pari almeno al 99% dalle particelle con dimensioni fino a 0,6 µm (ISS 2020). Le mascherine chirurgiche sono invece disponibili nei seguenti tipi: I, II e IIR, con protezione crescente a seconda degli strati filtranti e della conseguente filtrazione batterica, che arriva al 98% per il tipo IIR (UNI EN 14683). Proteggono da aerosol e da particelle visibili di secrezioni respiratorie e nasali, ma avendo una trama più larga non proteggono da particelle inferiori ai 0,7 micron, quindi dal virus e inoltre andrebbero comunque sostituite ogni 2-3 ore perché inumidendosi perdono efficacia. È raccomandato il lavaggio delle mani prima di indossarle e dopo averle rimosse quando indossate bisogna assicurarsi che coprano naso e bocca, facendo attenzione all'aderenza al livello nasale (WHO 6 aprile 2020).

Le **mascherine chirurgiche** sono raccomandate nelle seguenti fasi:

- ricevimento in sala di attesa;
- nel disbrigo delle pratiche amministrative con il paziente;
- durante tutte le fasi di sanitizzazione ambientale;
- durante le fasi di decontaminazione, lavaggio e sterilizzazione dei dispositivi riutilizzabili;
- gestione dei rifiuti sanitari;
- l'USO DELLA mascherina chirurgica, PER ORDINANZA MINISTERIALE E FINO AL 30 SETTEMBRE 2022, è consentito solo per il personale che non accede alle aree operative.

L'OMS indica il ricorso a **mascherine FFP2** in caso di pazienti con sintomi respiratori conclamati o con sospetto di patologia COVID (anche se non da loro denunciata) e in caso di procedura che genera droplets o aerosol (WHO 6 aprile 2020). Inoltre, le mascherine filtranti possono essere utilizzate sino alle sei ore, a meno che non ci sia situazione di usura e contaminazione (WHO 6 aprile 2020). È raccomandabile utilizzare mascherine filtranti monouso senza valvola: pur essendo disponibili mascherine che dopo reprocessing possono essere riutilizzate, attualmente non vi è evidenza scientifica poiché tali metodi di reprocessing



non sono stati ancora validati (WHO 6 aprile 2020). Nell'utilizzo dei Filtranti Facciali P2 senza valvola, che richiedono specifica informazione e formazione, dei quali andrà altresì valutata la compliance dell'operatore sanitario anche in considerazione del suo stato di salute mediante la collaborazione, in caso della presenza di lavoratori (ai sensi dell'art. 2 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.), del medico competente, ove previsto.

N.B. L'ORDINANZA MINISTERIALE PREVEDE L'OBBLIGO, NELLE STRUTTURE SANITARIE, DI INDOSSARE I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE FINO AL 30.09.2022. L'OBBLIGO E' VALIDO PER UTENTI, VISITATORI E LAVORATORI.

Schermi facciali e occhiali protettivi

I dpi per gli occhi sono:

1. occhiali a stanghette e a maschera (DPI II categoria)

Si utilizzano durante le visite su pazienti non sospetti/probabili/confermati; durante le manovre di pulizia ambientale o durante le fasi di lavaggio e disinfezione delle attrezzature di lavoro o dei dispositivi riutilizzabili; durante le fasi amministrative quanto non è possibile mantenere la distanza di un metro tra gli operatori.

2. schermi facciali; visiera (DPI III categoria)

Gli schermi facciali ogni qualvolta sia prevedibile la produzione di aerosol proteggono (DPI III categoria) tutto il volto rappresentando in tal modo un valido ausilio per aumentare la protezione dell'operatore. La visiera inoltre previene contatti involontari delle mani dell'operatore sul volto (per aggiustarsi occhiali da vista o mascherina durante le sedute, ad esempio), che determinano un aumento del rischio di contagio per l'operatore.

I DPI vanno disinfettati al termine di ogni prestazione.

Camici monouso

Il camice idrorepellente è un dispositivo monouso che va associato a cuffia/cappello monouso. Le calzature devono essere lavabili e sottoposte a disinfezione alla fine della sessione/giornata di lavoro. In alternativa, si raccomanda l'uso dei calzari.

La tuta completa copre interamente l'operatore, poiché si completa con cappuccio e di calzari e protegge da schizzi e spruzzi tutti i distretti.

Si deve verificare che il TNT con cui spesso sono realizzati camici e tute monouso siano prodotti con caratteristiche in grado di assicurare filtraggio e idrorepellenza adeguati. In alternativa si raccomanda di utilizzare camici e tute certificati come DPI di terza categoria secondo la norma UNI EN 14126.

I camici e tute in TTR consentono il riutilizzo fino ad un massimo di 80 volte dopo sterilizzazione in autoclave preferibilmente a 121 °C (UNI EN 13795).

Il Dispositivo (Tuta/Camice) deve essere sostituito al termine di ogni procedura che genera aerosol E NON PIU' AL TERMINE DI OGNI ATTIVITÀ CON OGNI SINGOLO PAZIENTE.

Guanti

I guanti (monouso) devono essere indossati in ogni procedura operativa. A discrezione dell'operatore e a seconda della procedura è possibile utilizzare guanti sterili.

Cuffie

In commercio sono reperibili in TNT o in cotone, quest'ultime sono riutilizzabili. In ambito sanitario sono ovviamente indicate quelle in TNT monouso. Devono essere indossate durante ogni procedura odontoiatrica.



TABELLA RIEPILOGATIVA DPI RACCOMANDATI

PERSONALE CHE SVOLGE MANSIONI DI AMMINISTRATIVE E/O DI SEGRETERIA (area reception/amministrazione)	<ul style="list-style-type: none">- MASCHERINA CHIRURGICA- GEL DISINFETTANTE MANI
PERSONALE MEDICO – A.S.O. ASSISTENTI DI STUDIO ODONTOIATRICO ASO (area operativa)	<ul style="list-style-type: none">- MASCHERINA FFP2/ FFP3 (senza valvola)- GUANTI MONOUSO- OCCHIALI/VISIERA DI PROTEZIONE- CAMICE/CUFFIA MONOUSO- CALZARI MONOUSO/CALZATURE LAVABILI- GEL DISINFETTANTE MANI
PERSONALE ADDETTO ALLA PULIZIA DEI LOCALI	<ul style="list-style-type: none">- MASCHERINA CHIRURGICA- GUANTI SPESSI- DIVISA- CALZARI MONOUSO/CALZATURE DEDICATE- GEL DISINFETTANTE MANI
<p>N.B. Le mascherine chirurgiche sono consentite solo per il personale che non accede alle aree operative e durante le fasi lavorative considerate a basso rischio (es. sanitizzazione ambientale e sterilizzazione, disbrigo pratiche amministrative/segreteria, ricevimento in sala attesa etc.). Si raccomanda, invece, l'utilizzo dei filtranti di tipo FFP2 o FFP3 (senza valvola) nelle aree operative, in particolare dove si genera aerosol, e in tutti i casi di contatto con pazienti con sintomi respiratori conclamati o con sospetto di patologia Covid (<i>rif. Indicazioni operative per l'attività odontoiatrica durante la pandemia Covid-19 - rev. 2022</i>).</p> <p>Data la situazione epidemiologica e normativa in continua evoluzione, si raccomanda di attenersi sempre alle ultime disposizioni normative in vigore.</p>	

4. PROTOCOLLI OPERATIVI

I protocolli operativi si basano sulla contaminazione dell'ambiente operativo odontoiatrico descritto da diversi studi pubblicati in letteratura nel corso degli anni, con particolare riferimento alle procedure che producono aerosol e splatter. In particolare, si ricorda che è necessario considerare ogni paziente come potenzialmente portatore di una malattia infettiva trasmissibile, mantenendo un livello di attenzione costante e adottando sempre le norme preventive di igiene, disinfezione e sterilizzazione, ed indossando i mezzi barriera protettivi personali.

La intera équipe odontoiatrica (odontoiatri, assistenti di studio odontoiatrico (ASO), igienisti dentali) che assiste il paziente deve indossare la stessa tipologia di dispositivi di protezione individuale. Si evidenzia inoltre come sia in vigore l'obbligo vaccinale per il personale sanitario fino al 31 dicembre 2022, ai sensi del D.L. 24-2022.

Protezione Operatore

In caso di strutture con lavoratori ex art. 2 D.Lgs. 81/08 (dipendenti, collaboratori, tirocinanti, ecc.), la potenziale esposizione a SARS-Cov2 determina la necessità di aggiornamento e di stretta osservanza di quanto previsto dal Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) secondo il D.Lgs. 81/08 e s.m.i. In particolare, nel DVR si deve tener conto di tutte le informazioni disponibili relative alle caratteristiche dell'agente biologico e delle modalità lavorative e conseguentemente il datore di lavoro deve applicare i



principi di buona prassi microbiologica, ed adotta, in relazione ai rischi accertati, le misure protettive e preventive. Inoltre, il datore di lavoro attua misure tecniche, organizzative e procedurali, per evitare ogni esposizione degli stessi ad agenti biologici, igieniche, l'informazione e la formazione dei lavoratori e la prevenzione e controllo attraverso la sorveglianza sanitaria (D.Lgs. 81/08 e s.m.i).

Nel caso di professionisti senza lavoratori è raccomandata la valutazione del rischio correlato da un lato con il rischio di contagio professionale da Sars-CoV-2 e dall'altro con l'utilizzo di alcune tipologie di DPI, quali i filtranti facciali (FF) che possono essere poco tollerati da operatori con preesistenti patologie (patologie respiratorie ostruttiva, patologie cardiache, ad esempio) (D.Lgs. 81/08 e s.m.i).

Protezione delle superfici, delle attrezzature di lavoro e degli ambienti operativi

Per impedire, o quanto meno ridurre, la possibilità di contaminazione dell'ambiente, delle apparecchiature e delle superfici, è raccomandabile lasciare meno oggetti possibile sulle superfici. Per quanto riguarda le tastiere dei computer vanno ricoperte con polietilene poiché la detersione accurata risulta impossibile.

Preparazione del campo operatorio e indicazioni durante la seduta operatoria:

- Predisporre tutto il necessario, prima che il paziente entri e possibilmente prima di iniziare la procedura odontoiatrica (per ridurre il rischio di contaminazione delle superfici, degli ambienti esterni al riunito, degli altri operatori sanitari nonché del paziente successivo) e lasciare libere le superfici dei servo- mobili;
- preparare la documentazione relativa al paziente prima del suo ingresso (radiografie, dispositivi medici, modelli etc);
- lasciare coperti gli strumenti fino all'inizio della prestazione;
- eseguire il *flushing* degli strumenti che generano acqua e aria prima delle procedure odontoiatriche per circa venti secondi (Ministero della Salute e ISS, 2015; CDC 2003; CDC 2016).

Fare accomodare il paziente:

- Raccomandare al paziente di non toccare nulla;
- Posizionare l'apposita mantellina monouso idrorepellente
- Prima di iniziare le procedure odontoiatriche eseguire due sciacqui al paziente:

1. Un primo sciacquo con una soluzione all'1% di Perossido di idrogeno (una parte di acqua ossigenata a 10 volumi/3% e due parti di acqua) o con Iodo-povidone 0,2% (effettuando gargarismi per 30 sec) o con CPC (cetilpiridinio cloruro) allo 0,05-0,1% per un minuto;

2. un successivo sciacquo con collutorio alla Clorexidina 0.2-0.3% per 1 minuto: la Clorexidina rispetto agli altri disinfettanti ha un'azione battericida minore, ma è in grado di ridurre la carica batterica nell'aerosol.

Tali precauzioni non modificano le indicazioni sull'utilizzo dei dpi.

- Usare, nelle prestazioni che lo consentono, la diga di gomma: il suo utilizzo può ridurre significativamente del 70% le particelle sospese nell'aria di circa 1 metro di diametro del campo operatorio.
- Utilizzare manipoli dotati di dispositivi anti-reflusso per evitare di contaminare i cordoni del riunito con il conseguente rischio di infezioni crociate.
- In caso di necessità doppio aspiratore o aspiratore chirurgico.
- Nel caso di pazienti minorenni, durante la procedura, è raccomandabile, in rapporto al grado di collaborazione del paziente, far uscire l'accompagnatore dalla sala operatoria.

Procedure di igiene orale

Pur essendo le procedure di igiene orale tra quelle più a rischio nella pratica odontoiatrica durante la pandemia, è altresì vero che per la tutela della salute del paziente sono poco procrastinabili per la prevenzione e la cura delle:

- patologie orali più frequenti



- patologie che possono portare a danno sistemico per l'organismo.

Le raccomandazioni cliniche in odontostomatologia (Ministero della Salute, 2017) riportano che "Il trattamento meccanico per la rimozione della placca batterica e del tartaro sopragengivale e sottogengivale con metodiche di detartrasi o scaling e levigatura radicolare o root planing può essere effettuato con l'utilizzo di strumenti manuali, ad ultrasuoni e sonici. L'efficacia dei suddetti tipi di strumenti per quanto riguarda la rimozione dei depositi duri e molli si è dimostrata sovrapponibile. La superficie dentaria viene, pertanto, resa biologicamente compatibile con la salute dei tessuti parodontali.

Dimissione del paziente:

- Al termine della procedura odontoiatrica invitare il paziente ad indossare la mascherina.

Una volta dimesso il paziente l'operatore deve sanificare occhiali e le visiere con una soluzione alcolica al 70%.

Riordino dopo una prestazione odontoiatrica

In base alla quantità di materiale utilizzato durante la procedura odontoiatrica e all'entità della contaminazione, considerare un tempo adeguato al riordino del riunito dopo ogni singola prestazione; in questa fase vengono cambiati DPI consumati e contaminati. È indicato areare l'ambiente operativo durante la fase di riordino, in quanto è documentata la presenza del virus nell'aria dopo la formazione di aerosol e droplet.

Le fasi di riordino:

- eliminazione degli strumenti pungenti e/o taglienti;
- rimozione delle frese e degli strumenti endodontici rotanti dai manipoli;
- oltre all'operazione di flushing sopra citata, i sistemi idrici devono essere dotati di valvola antiretrazione;
- smaltimento dei rifiuti chirurgici taglienti nell'apposito box;
- gestione e smaltimento dei rifiuti sanitari come da normativa cogente;
- prima della disinfezione ambientale, far scorrere acqua sia nell'apposita sputacchiera che nel bicchiere;
- procedere con la disinfezione di tutte le superfici, dalla più pulita alla più sporca, e di tutte le componenti del riunito odontoiatrico;

Secondo quanto stabilito dalla letteratura e dalle indicazioni del Ministero della Salute i coronavirus della SARS e della MERS sono efficacemente inattivati da adeguate procedure di sanificazione che includano l'utilizzo dei comuni disinfettanti di uso ospedaliero, quali ipoclorito di sodio (0.1% -0,5%), etanolo (62-71%) o perossido di idrogeno (0.5%), per un tempo di contatto adeguato (riferirsi alle indicazioni riportate nell'etichetta del prodotto scelto).

Disinfezione delle impronte

Le impronte devono essere lavate e disinfettate in studio prima dell'imballaggio, con prodotti liquidi per immersione o tramite spray. Si consiglia di consultare le indicazioni del materiale da impronta riguardanti la compatibilità con i disinfettanti virucidi. Il virus può essere efficacemente inattivato da disinfezione di superficie protratta per 1 minuto, con soluzioni contenenti 62-71% di etanolo, 0.5% di perossido di idrogeno o lo 0.1% di ipoclorito di sodio, sali di ammonio quaternario e fenossietanolo. Altri agenti biocidi come il cloruro di benzalconio al 0.05-0.2% o la clorexidina digluconato allo 0.02% sono meno efficaci.

Nello studio odontoiatrico gli operatori, prima di inviare il materiale al laboratorio odontotecnico, devono svolgere le seguenti operazioni:

- a) lavare il manufatto protesico o l'impronta immediatamente dopo la rimozione, i residui organici se non immediatamente rimossi inibiscono l'azione del disinfettante.
- b) Sterilizzare in autoclave il materiale in grado di sopportare il trattamento termico; decontaminare con disinfettante virucida i materiali inadatti a trattamenti fisici (impronte, cere, resine). Le operazioni di



disinfezione devono essere eseguite indossando i dispositivi di protezione, possibilmente nella zona operativa dove è avvenuto il trattamento.

c) Dopo la disinfezione, con guanti puliti, inserire il materiale in un sacchetto e sigillarlo. È indispensabile concordare con il responsabile del laboratorio le modalità di trattamento del materiale e delle operazioni di disinfezione e di imballaggio. Si consiglia l'adozione di check-list scritte per tutti gli operatori coinvolti nella gestione dei manufatti.

d) Protesi dentali, apparecchi e porta impronte in arrivo dal laboratorio devono essere disinfettati con disinfettanti virucidi come sopra indicato, prima di essere introdotti negli ambienti operativi.

e) I materiali permeabili (gesso, alginato) potrebbero non essere completamente disinfettabili, se ne consiglia la gestione con guanti e dispositivi di protezione. Evitare il contatto di manufatti contaminati con modelli in gesso. L'adozione di materiali idrorepellenti (elastomeri da impronta, materiali plastici per modelli) facilita le procedure di disinfezione.

f) la digitalizzazione di alcune procedure (impronte, stampa dei modelli, moduli di prescrizione) riduce il rischio di contaminazione crociata.

Gestione dei rifiuti

E' raccomandabile controllare, e svuotare più volte nell'arco della giornata, i cestini nei bagni e nella sala di attesa. Questo anche in considerazione del fatto che, i fazzoletti, non devono mai fuoriuscire dal contenitore stesso. I rifiuti indifferenziati devono essere inseriti in almeno due sacchi e, prima di chiuderli, è buona prassi applicare del disinfettante. È indicato lo smaltimento dei camici monouso nei rifiuti indifferenziati secondo il protocollo sopra descritto. Tutti i prodotti potenzialmente infetti vanno inseriti negli appositi contenitori per i "rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo", in particolare devono essere trattati ed eliminati come materiale infetto categoria B (UN3291) (Ministero della Salute, feb 2020).

Disinfezione ambientale

Secondo le conoscenze scientifiche disponibili, il SARS-CoV-2 si trasmette principalmente per via aerea, ci sono prove limitate di trasmissione attraverso "fomiti" (oggetti o materiali che possono essere contaminati con il virus vitale, come utensili e mobili o, in ambito sanitario, uno stetoscopio o un termometro). Tuttavia, tale modalità di trasmissione è considerata possibile.

Quindi, è comunque raccomandabile un'adeguata e accurata disinfezione delle superfici di lavoro. Come dimostrato dalle evidenze scientifiche le particelle di aerosol inferiori a 5 micron sono vettori di trasmissione patogena; quindi, è necessaria la detersione di tutte le zone dello studio dalle meno alle più critiche.

Secondo quanto riportato da un recente studio del New England Journal of Medicine, il virus può persistere sulle superfici fino a 72h e il Center for Disease and Control di Atlanta (CDC 2020) raccomanda una disinfezione ambientale sino a 6 piedi (182,88 cm) dal paziente sintomatico. Ciò rende indispensabile un'adeguata e accurata disinfezione delle superfici di lavoro.

In letteratura (Ministero della salute 2011; ISPESL 2008) si distinguono tre successivi passaggi che, applicati isolatamente o sistematicamente in sequenza, a seconda le necessità, garantiscono un adeguato livello igienico; nel caso si voglia garantire una azione a fondo ogni passaggio successivo deve seguire il precedente:

- **PULIZIA:** rimozione meccanica dello sporco con acqua, con o senza detergente.
- **SANIFICAZIONE:** metodica che si avvale dell'uso programmato di detersivi, per ridurre il numero di contaminanti entro livelli di sicurezza.
- **SANITIZZAZIONE:** metodica che si avvale dell'uso di disinfettanti per mantenere il livello di sicurezza.

Le superfici (faretra, servomobile, sputacchiera, tavoletta, maniglie, lampade e tutte quelle superfici contaminabili da particelle biologiche) oltre alla detersione devono subire un processo di sanitizzazione con



idonei detergenti e il personale adibito deve indossare gli appositi DPI (almeno guanti, cuffietta, occhiali protettivi e mascherina chirurgica) (WHO 6 April 2020).

Procedura di disinfezione:

- 1) Disinfettare l'ambiente intorno alla poltrona odontoiatrica, soprattutto le attrezzature non sterilizzabili o le parti di esse che vengono toccate più frequentemente;
- 2) Detergere le superfici e le maniglie dei mobili;
- 3) Una volta messa la poltrona in posizione di chiusura disinfettare il riunito;
- 4) procedere infine alla detersione e disinfezione delle finestre nel lato interno.

Aerazione

Per l'aerazione degli ambienti lavorativi si raccomanda di attuare l'aerazione naturale delle aree operative per almeno 10-15 minuti. In caso di condizionatore si raccomanda la pulizia settimanale dei filtri degli impianti secondo le indicazioni del produttore. Non si devono spruzzare prodotti per la pulizia detergenti/disinfettanti spray direttamente sul filtro per non inalare sostanze inquinanti (es. COV), durante il funzionamento (Rapporto ISS COVID-19 • n. 5/2020). Laddove il sistema centralizzato preveda un ricambio di aria (Ventilazione Meccanica Controllata), si deve escludere completamente il ricircolo dell'aria ed effettuare periodicamente la manutenzione dei filtri. (Rapporto ISS COVID-19 • n. 5/2020) In assenza di ventilazione naturale è raccomandabile almeno 15/ricambi di aria/ora in maniera forzata. Gestione e disinfezioni degli ausili per l'esecuzione di RX endorali. Prima di sviluppare i radiogrammi è necessario disinfettarli con idoneo disinfettante da distribuire con carta monouso.

Gestione degli strumenti rotanti

Secondo quanto stabilito dalla letteratura recente relativa alla pandemia COVID-19, è indicato utilizzare manipoli dotati di dispositivi anti-reflusso per evitare di contaminare i cordoni del riunito con il conseguente rischio di infezioni crociate, in quanto il circuito idrico che alimenta gli strumenti è un punto critico nel controllo del rischio infettivo. Al termine della disinfezione del riunito procedere con il protocollo di sterilizzazione degli strumenti.

TABELLA RIEPILOGATIVA

FREQUENZA OPERAZIONI DI PULIZIA E DISINFEZIONE	ATTREZZATURE/LOCALI
Giornaliera (o con frequenza maggiore in caso di necessità)	Pavimenti (tutti gli ambienti), sala d'attesa (sedute e ripiani), servizi igienici (sanitari, ripiani e superfici)
Dopo ogni utilizzo/prestazione	Sale operative (riordino post prestazione e disinfezione superfici critiche), impronte e manufatti protesici, attrezzature radiografiche e ausili, attrezzature ad uso promiscuo
Continuativa	Superfici a maggiore contatto (maniglie porte e finestre, interruttori della luce, postazioni di lavoro etc.)
Settimanale	Filtri condizionatori



Periodica	Manutenzione dei filtri dei sistemi di ricambio aria
------------------	--

N.B. PER TUTTE LE ALTRE INDICAZIONI RESTANO VALIDI I PROTOCOLLI DI SANIFICAZIONE E STERILIZZAZIONE GIÀ IN USO

5. GESTIONE DELLA SALA D'ATTESA E DELL'AREA AMMINISTRATIVA

Si considera, in base al calcolo del rischio biologico effettuato nel paragrafo 2, la sala d'attesa e il front-office come aree a basso-medio rischio di esposizione, a contaminazione da agenti biologici.

Gestione della sala di attesa:

- Invitare i pazienti a lavarsi le mani con soluzioni a base alcolica e a lasciare cappotti e oggetti personali al di fuori della zona operativa
- Garantire una adeguata aerazione
- Informare i pazienti, sui protocolli adottati in struttura, tramite tabelle e/o cartelli esplicativi

Inoltre, si evidenzia che non è più necessario il rilevamento della temperatura tramite termoscanner/termometro contactless e che decade il divieto di permanenza di accompagnatori in sala di attesa. L'accompagnatore, ovviamente, dovrà ripetere i protocolli interni e deve essere gestito (TRIAGE) analogamente a quanto avviene per il paziente stesso.

Gli addetti alla gestione dell'area amministrativa/segreteria devono praticare la disinfezione delle mani e indossare, sempre, i DPI indicati per la mansione.



6. INDICAZIONI ULTERIORI PER LA GESTIONE DEI LAVORATORI

Il personale, prima dell'accesso al luogo di lavoro può essere sottoposto al controllo della temperatura corporea (Nota¹). **Se tale temperatura risulterà superiore a 37,5°C, non sarà consentito l'accesso ai luoghi di lavoro.** Le persone in tale condizione – nel rispetto delle indicazioni riportate in nota – saranno momentaneamente isolate e fornite di mascherina FFP2 ove non ne fossero già dotate, non dovranno recarsi al Pronto Soccorso, ma dovranno contattare nel più breve tempo possibile il proprio medico curante e seguire le sue indicazioni.

La riammissione al lavoro dopo l'infezione da virus SARS-CoV-2/COVID-19 avverrà secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Qualora, l'autorità sanitaria competente disponga misure aggiuntive specifiche, il datore di lavoro fornirà la massima collaborazione, anche attraverso il medico competente, ove presente.

Si ricorda che il Decreto Legge 24/03/2022 n. 24 ha ulteriormente modificato il precedente Decreto Legge 01/04/2021 n. 44 prolungando l'obbligo vaccinale anti-Covid, per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario, **fino al 31/12/2022.**

Tutti i lavoratori sono invitati a rispettare le misure di sicurezza per ridurre il rischio di contagio:

- lavare spesso e accuratamente le mani con acqua e sapone (es prima di iniziare il turno di lavoro, a fine turno di lavoro, dopo aver tossito/starnutito, dopo essere andati in bagno e in qualunque caso si ritenga opportuno) o, se non sono disponibili acqua e sapone, con soluzione alcolica ad una concentrazione di alcool di almeno il 60% (*vedi protocollo operativo lavaggio mani*)
- evitare abbracci e strette di mano;
- mantenere, nei contatti sociali, una distanza interpersonale di almeno un metro;
- evitare l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri;
- evitare di toccare occhi, naso e bocca con le mani;
- coprire bocca in caso di starnuti e tosse (con fazzoletto monouso o, in mancanza, gomito interno);
- smaltire i fazzoletti monouso subito dopo l'utilizzo;
- pulire le superfici con disinfettanti a base di cloro o alcol (vedi punto 4);
- in presenza di febbre > 37,5°C e/o sintomi respiratori rivolgersi al proprio medico curante e applicare tutte le misure igieniche consigliate (es. igiene delle mani e delle vie respiratorie).

Inoltre, il Datore di Lavoro (DDL) si impegna a:

- favorire, ove necessario e possibile, orari di ingresso/uscita scaglionati, in modo da evitare assembramenti nelle zone comuni (ingressi, spogliatoi, sale mensa);
- proseguire la Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., rispettando le misure igieniche contenute nelle indicazioni del Ministero della Salute (la Sorveglianza Sanitaria periodica non deve essere interrotta, perché rappresenta un'ulteriore misura di prevenzione di carattere generale: sia perché può intercettare possibili casi e sintomi sospetti del contagio, sia per l'informazione e la formazione che il medico competente può fornire ai lavoratori per evitare la diffusione del contagio);

Nota 1: La rilevazione in tempo reale della temperatura corporea costituisce un trattamento di dati personali e, pertanto, deve avvenire nel rispetto della disciplina per la protezione dei dati personali. A tal fine si suggerisce di:

1) rilevare la temperatura e non registrare il dato acquisto. È possibile identificare l'interessato e registrare il superamento della soglia di temperatura solo qualora sia necessario a documentare le ragioni che hanno impedito l'accesso ai locali aziendali; 2) fornire l'informativa sul trattamento dei dati personali. Si ricorda che l'informativa può omettere le informazioni di cui l'interessato è già in possesso e può essere fornita anche oralmente. Quanto ai contenuti dell'informativa, con riferimento alla finalità del trattamento potrà essere indicata la prevenzione dal contagio dal virus SARS-CoV-2 (COVID-19) 3) definire le misure di sicurezza e organizzative adeguate a proteggere i dati. In particolare, sotto il profilo organizzativo, occorre individuare i soggetti preposti al trattamento e fornire loro le istruzioni necessarie. A tal fine, si ricorda che i dati possono essere trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da SARS-CoV-2 (COVID-19) e non devono essere diffusi o comunicati a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative (es. in caso di richiesta da parte dell'Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali "contatti stretti di un lavoratore risultato positivo al COVID-19); 4) in caso di isolamento momentaneo dovuto al superamento della soglia di temperatura, assicurare modalità tali da garantire la riservatezza e la dignità del lavoratore.



- stabilire, sentito il medico competente, specifiche misure prevenzionali e organizzative per i lavoratori fragili;
- informare e formare i lavoratori alla luce dei protocolli adottati e revisionati.

Infine, fermo quanto previsto dall'art. 4 del D.L. 24 marzo 2022 n. 24 convertito in legge 19 maggio 2022 n. 52, nel caso in cui una persona presente nel luogo di lavoro sviluppi febbre (temperatura corporea superiore a 37,5° C) e sintomi di infezione respiratoria o similinfluenzali quali la tosse, lo deve dichiarare immediatamente al datore di lavoro o all'ufficio del personale e si dovrà procedere al suo isolamento in base alle disposizioni dell'autorità sanitaria. La persona sintomatica deve essere subito dotata – ove già non lo fosse – di mascherina FFP2.

9. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA COVID-19

Nel “Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione” elaborato dall'INAIL (INAIL, 2020), il rischio da contagio da SARS-CoV-2, in occasione di lavoro, viene classificato secondo queste variabili:

- **Esposizione:** la probabilità di venire in contatto con fonti di contagio nello svolgimento delle specifiche attività lavorative (es. settore sanitario, gestione dei rifiuti speciali, laboratori di ricerca, ecc.). Da 0 a 4, l'operatore sanitario è a probabilità alta: 4
- **Prossimità:** le caratteristiche intrinseche di svolgimento del lavoro che non permettono un sufficiente distanziamento sociale (es. specifici compiti in catene di montaggio) per parte del tempo di lavoro o per la quasi totalità. Da 0 a 4, lo studio dentistico è a rischio 4 ovvero: lavoro effettuato in stretta prossimità con altri per la maggior parte del tempo.
- **Aggregazione:** la tipologia di lavoro che prevede il contatto con altri soggetti oltre ai lavoratori dell'azienda: 1.30 (+30%) = aggregazioni controllabili con procedure (es. sanità, scuole, carceri, forze armate, trasporti pubblici). Secondo questi calcoli, lo studio dentistico viene confermato ad alto rischio. Del resto, come dimostrato da alcuni studi, l'Odontoiatra ha un'alterazione della flora batterica nasale del 50% maggiore rispetto al resto della popolazione, e contrae mediamente più infezioni respiratorie degli altri medici (*ref. Indicazioni operative per l'attività odontoiatrica durante la pandemia Covid-19 - rev. 2022*).

Si considera, in base a tale calcolo del rischio la sala d'attesa e il front-office come aree a basso-medio rischio di esposizione a contaminazione da agenti biologici.

In conclusione:

Luoghi di lavoro	Mansione	Livello di rischio
Front office/Amministrazione/Sala d'attesa	Addetto accoglienza paziente/segreteria/amministrazione	MEDIO-BASSO
Sala operativa/area clinica	Odontoiatra, A.S.O., Igienista (operatori sanitari in genere)	ALTO
Struttura (area extra clinica)	Addetto alla pulizia dei locali	BASSO



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ✚ Circolare del Ministero della salute n. 5433 del 22 febbraio 2020. *COVID-19. Nuove indicazioni e chiarimenti.*
- ✚ Rapporto ISS COVID-19 • n. 20/2020. *Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-COV 2.*
- ✚ Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev.2. *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2 (del 7.07.2020).*
- ✚ “Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro” del 24.04.2020 e s.m.i.
- ✚ “Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro” del 30.06.2022.
- ✚ Indicazioni Operative per l’attività odontoiatrica durante la fase 2 della pandemia Covid-19 (Rev. 4/05/2020).
- ✚ Indicazioni Operative per l’attività odontoiatrica durante la fase 2 della pandemia Covid-19 (Rev. 20/06/2022).
- ✚ Testo Unico sulla salute e sicurezza dei lavoratori. D. Lgs. 81/08.
- ✚ <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>
- ✚ <https://www.iss.it/coronavirus>
- ✚ <https://www.inail.it>



**MODULO PER PRESA VISIONE DELLA PROCEDURA OPERATIVA AGGIORNATA IN DATA
22 LUGLIO 2022**

Apponendo la firma, il lavoratore/collaboratore dichiara di aver preso visione del presente documento di VALUTAZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO SARS-COV-2 - Integrazione al Documento di Valutazione dei Rischi per la gestione dell'emergenza COVID-19 sul luogo di lavoro e del Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro.

NOME E COGNOME	DATA	FIRMA

DATORE DI LAVORO (DDL)