

## **Protocolli operativi**

### **Protocollo 2/A**

**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 operativa**

Prima che il paziente entri, possibilmente prima di iniziare la procedura odontoiatrica predisporre tutto il necessario.

Questo per ridurre il rischio di contaminazione delle superfici, degli ambienti esterni al riunito una volta iniziata la procedura, degli altri operatori sanitari nonché del paziente successivo; lasciare libere le superfici dei servomobili.

L'operatore deve preparare la documentazione relativa al paziente prima del suo ingresso (radiografie, dispositivi medici, modelli etc) o Lasciare coperti gli strumenti fino all'inizio della prestazione. o Eseguire il flushing degli strumenti che generano acqua e aria prima delle procedure odontoiatriche per circa venti secondi

#### **Fare accomodare il paziente**

Raccomandare al paziente di non toccare nulla, se non collaborante fornigli dei guanti;

- Posizionare gli oggetti personali in una sacca;
- Posizionare l'apposita mantellina monouso idrorepellente possibilmente senza catenella ma con i lacci, in modo tale da contaminare il meno possibile.

- 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 (Li ZY and Meng L, 2020); 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 (Kariwa H et al., 2006; Peng X et al., 2020). 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 operativo (Samaranayake LP et al., 1989; Meng L et al., 2020).
  - Utilizzare manipoli dotati di dispositivi anti-reflusso per evitare di contaminare i cordoni del riunito con il conseguente rischio di infezioni crociate (Samaranayake LP 2004; Meng L et al., 2020; Peng X et al., 2020).
  - Utilizzare doppio aspiratore o aspiratore chirurgico (Seto WH et al., 2003; Meng L et al., 2020).
  - Usare, quando possibile, manipoli a basso numero di giri (Ather A et al., 2020)
  - Usare, quando possibile, procedure manuali (Ather A et al., 2020)
  - Nel caso di pazienti minorenni, durante la procedura, è raccomandabile, in rapporto al grado di collaborazione del paziente, far uscire l'accompagnatore dalla sala operativa.
- 31 Procedure di igiene orale Gli autori di tali prestazioni (Odontoiatri; Igienisti dentali) devono strettamente attenersi alle medesime le misure di precauzione e prevenzione della trasmissione degli agenti patogeni cui è sottoposto tutto il team odontoiatrico, come riportato nel testo, sia nelle operatività aerosol-generanti che non

. Nelle **procedure di igiene** orale durante la fase 2, laddove possibile, è raccomandabile prediligere terapie manuali, l'uso di strumenti rotanti a basso numero di giri al fine di minimizzare la produzione di aerosol e droplet contaminanti e cercare, almeno in questa fase, di dilazionare nel tempo le terapie relative all'estetica del paziente. 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 (Ministero della Salute, 2017) - 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'uso 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.

Entrambe le terapie (manuale e meccanica) hanno riportato, sia su elementi mono che pluriradicolati, risultati efficaci e non differenti in modo statisticamente significativo in termini di (Tunkel J et al., 2002): o rimozione di biofilm batterico, o riduzione del PPD (profondità di sondaggio), o miglioramento del BOP (indice di sanguinamento) e del mCAL-G (livello di attacco clinico).

- Non vi sono evidenze che la strumentazione manuale, anche se più aggressiva nei confronti dell'integrità del tessuto dentale, sia più invasiva rispetto alla strumentazione meccanica, in quanto rende la superficie radicolare più liscia rispetto alla sola strumentazione meccanica; (Profili F et al., 2019)

- Per la terapia manuale, è necessaria una adeguata curva di apprendimento al fine di ottenere risultati efficaci (Brayer WK et al., 1989; Zappa U et al., 1991).
- Tuttavia, Krishna and De Stefano, in una revisione, sottolineano che la strumentazione meccanica riduce i tempi di lavoro, la fatica da parte dell'operatore e il discomfort del paziente durante la seduta (Krishna R et al., 2016);

### **Dimissione del paziente**

- Rimuovere la mantellina monouso non facendo cadere potenziali oggetti contaminati
- Azzerare il rischio di contatto con altri oggetti quando si solleva il paziente e invitarlo a non toccare nulla;
- Se dopo la procedura, son previsti atti burocratici fornire dei guanti al paziente o fargli lavare le mani;
- 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%. (Kampf G et al., 2020; Ministero della Salute feb 2020) 33

### **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 per il riordino del riunito dopo ogni singola prestazione; in questa fase vengono cambiati DPI consumati e contaminati.

E' 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 ((Wax RS et al., 2020; Holshue ML et al., 2020; Li RW et al., 2004) Le fasi di riordino:

- Eliminazione degli strumenti e pungenti e/o staccarli o svitarli dal loro supporto

- Rimuovere frese e strumenti endodontici rotanti dai manipoli.
- Oltre all'operazione di flushing sopra citata i sistemi idrici devono essere dotati di valvola antiretrazione ((Bentley CD, 1994; Berlutti F et al., 2003);
- Si raccomanda di smaltire i rifiuti chirurgici taglienti nell'apposito box;
- Si raccomanda la gestione e lo smaltimento dei rifiuti sanitari secondo il regolamento DPR254/03;
- Prima della disinfezione ambientale far scorrere acqua sia nell'apposita sputacchiera che nel bicchiere riservato allo sciacquo del paziente;
- Procedere con 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 (Kampf G et al., 2020; Ministero della salute Febr 2020) 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 (nell'articolo sopracitato di Kampf il tempo stimato è di 1 minuto). Non vi sono al momento evidenze scientifiche che facciano supporre una 34 maggiore sopravvivenza ambientale o una minore suscettibilità ai disinfettanti sopramenzionati da parte del SARS 2-CoV.

### Riorganizzazione dei percorsi operativi

Alla luce della situazione attuale e in vista di una ripresa delle attività lavorative, è fondamentale tutelare la salute dei pazienti, degli operatori e del personale amministrativo attraverso una riorganizzazione del mondo del lavoro (INAIL, 2020; Liu et al., 2020). In particolare, i documenti sopra citati raccomandano ai lavoratori di conseguire qualsiasi azione che non favorisca la formazione di assembramenti, ad esempio di entrare e uscire ad orari scaglionati (ECDC 2020). 39 L'ambulatorio odontoiatrico si compone di un'area considerata "zona operativa", di cui abbiamo precedentemente discusso, e di un'area "amministrativa":

pertanto è fondamentale sottolineare delle indicazioni di riorganizzazione del flusso di lavoro, secondo calcoli con modelli matematici che abbassano il rischio di trasmissione (Lee VJ et al., 2009).

### **Sala d'attesa.**

L'ECDC ribadisce che, per quanto riguarda i pazienti, oltre alla distanza minima in sala d'attesa (vedi capitolo 5), è necessario non creare una sovrapposizione di orari tra gli appuntamenti (ECDC 2020). A tal fine è raccomandabile una adeguata pianificazione, che può prevedere anche una eventuale dilatazione dei tempi della prestazione, per evitare, come sopra descritto, sovrapposizioni e per espletare tutti i protocolli necessari a diminuire il rischio di trasmissione.

Laddove possibile, è importante inoltre provvedere ad un luogo di entrata dei pazienti differente rispetto a quello di uscita (INAIL 2020). Infine si ricorda di lavare spesso le mani con acqua e sapone, indossare idonei DPI indicati e provvedere ad un'informazione esaustiva sia per quanto riguarda il personale, attraverso adeguata formazione, sia per quanto riguarda i pazienti, attraverso tabelle visive nella zona di entrata (WHO 2019).

### **Area spogliatoio e area lunch.**

Il documento dell'ECDC inoltre stabilisce di evitare gli assembramenti anche durante le pause e nelle mense: qualora sia presente una zona di "lunch time" deve poter garantire le adeguate distanze di sicurezza, in caso contrario è opportuno predisporre dei turni (ECDC 2020). Le stesse indicazioni sono applicabili anche alle aree spogliatoio.

**Servizi igienici.** Un altro aspetto importante è legato all'accesso ai servizi igienici, che, nei casi ove applicabile, dovrebbe essere contingentato: da un recente studio condotto in ambiente ospedaliero è emerso che i luoghi dove è presente la massima concentrazione di particelle del virus SARS-COV-2 sono le terapie intensive e i servizi igienici (Fong MW et al., 2020).