

Aggiornamento integrativo del 13/04/2020 al documento di valutazione dei rischi (DVR) recante misure indirizzate al contenimento del contagio da COVID-19.

Il presente aggiornamento è stato elaborato in ottemperanza ai principi di precauzione e di prevenzione, in accordo con le disposizioni vigenti, con le recenti evidenze scientifiche e con le procedure internazionali più accreditate.

Queste misure sono proposte come ausilio all'attività professionale odontoiatrica, e devono essere contestualizzate con proporzionalità ed adeguatezza. La finalità è quella di creare le condizioni per contenere il rischio da contagio nella fase di ripresa dell'attività professionale e durante il periodo di emergenza, dichiarato in questo momento fino al 31 luglio 2020. Verranno costantemente aggiornate in base al procedere delle evidenze scientifiche ed a nuove indicazioni delle autorità sanitarie competenti.

E' importante adoperarsi per tenere costantemente aggiornate le conoscenze rispetto agli interventi da porre in atto per il contenimento del rischio di contagio poiché la letteratura scientifica, la normativa nazionale e regionale sono in continua evoluzione.

Al fine di rendere fruibili le procedure proposte, di assicurare una adeguata compliance tra tutti gli operatori, si ritiene utile predisporre una o più sessioni di informazione e addestramento lasciandone traccia documentale nel DVR.

Prima della riapertura dello studio sarà quindi opportuno effettuare una riunione con i dipendenti ed i collaboratori formalizzando per iscritto gli argomenti trattati e le nuove procedure da adottare, così come previsto dall'art. 35 del D.lgs 81/08.

Nella medesima occasione verrà eseguita una valutazione del numero di DPI presenti, carenti e mancanti al fine di poter garantire una ripresa dell'attività in sicurezza e con una dose adeguata di forniture (Ordine di Servizio PER RIUNIONE DIPENDENTI-Allegato 1)

TRIAGE E ACCOGLIENZA PAZIENTE IN AREA SEGRETERIA

L'accesso allo studio è riservato a pazienti muniti di appuntamento che vengono individuati come non sospetti COVID-19; il triage è eseguito con mezzo telefonico precedentemente (Allegato 2) e verificato ad ogni accesso del paziente secondo schema (Allegato 3).

Il modello utilizzato per condurre il triage si fonda su di quello sintetizzato dalle linee guida FROMCeO Lombardia (2), già inviate con lo scorso aggiornamento ANDI per il COVID-19 al DVR, emanate in piena fase emergenziale.

Si ritiene opportuno apporre all'esterno della porta di ingresso dello studio un **cartello** indicante le modalità di accesso che deve avvenire solo per appuntamento e che indichi ai pazienti, con sintomi suggestivi di affezione al COVID -19, di non accedere allo studio ma di effettuare preliminarmente un contatto telefonico (Allegato 4).

Nell'area riservata alla segreteria si ritiene di dover indossare una mascherina chirurgica con potere filtrante preferibilmente IIR e si devono adottare criteri di organizzazione dell'agenda, con il fine di perseguire il rispetto della distanza sociale

in sala d'attesa. Essa deve essere areata in modo frequente e prolungato. I pazienti e gli eventuali accompagnatori devono indossare mascherine e rispettare una distanza interpersonale di almeno un metro. Si ritiene opportuno fornire al paziente al suo ingresso una mascherina, qualora non ne fosse già provvisto, che deve essere indossata fino all'accesso all'area operativa e poi nella fase di ritorno in segreteria dopo l'esecuzione delle cure. E' consigliabile invitare il paziente appena entrato ad igienizzare le mani con soluzione idroalcolica. Eliminare riviste, giornali, giocattoli, penne, matite colorate per bambini ed altri oggetti dalla sala d'attesa, ovvero tutto ciò che non è facilmente e frequentemente sanificabile con disinfettanti contenenti alcool 65° o ipoclorito 1%, i quali saranno utilizzati con particolare scrupolo su ripiani e maniglie.

Può essere utile, ma non obbligatoria, la rilevazione della temperatura del paziente al suo ingresso in studio come pratica di maggior tutela. A questo proposito il Garante della Privacy (3) si è espresso favorevolmente, sia in rapporto al triage anamnestico sia al rilievo della temperatura, asserendo che gli Odontoiatri in qualità di professionisti sanitari possono raccogliere informazioni legate alla presenza di sintomi da COVID-19 nell'ambito delle attività di cura dei loro pazienti.

Utile ricordare l'importanza anche di un giornaliero autotriage di tutti gli operatori e del personale di studio: a tale proposito in altra nota(4) dello stesso Garante, si rammenta che i datori di lavoro possono chiedere di misurare la temperatura del lavoratore solo se quest'ultimo li autorizza e non possono provvedere alla registrazione di dati personali in modo sistematico. *“Resta fermo l'obbligo del lavoratore di segnalare al datore di lavoro qualsiasi situazione di pericolo per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro”* (provvedere alla preparazione di opportuno Ordine di Servizio come da fac-simile- (Allegato 5).

INGRESSO PAZIENTE IN AREA OPERATIVA E PREPARAZIONE ALLE CURE

Misure di igiene per la persona assistita:

Gli effetti personali del paziente (oggetti potenzialmente contaminati come borse e telefoni cellulari) verranno depositati in una zona dedicata dell'area operativa ed inseriti in opportuno contenitore costituito di materiale sanificabile o usa e getta (buste monouso).

Il paziente verrà invitato ad eseguire il lavaggio mani secondo procedura standardizzata (vedi schema lavaggio mani OMS – (Allegato 6) o disinfezione con soluzione idroalcolica.

Una volta accomodato in poltrona il paziente procederà ad eseguire uno sciacquo e un gargarismo per 30 sec. con collutorio contenente perossido di idrogeno 1% o cetilpiridiniocloruro allo 0,1% o iodopovidone 1% per 30 secondi. E' opportuno

eseguire successivamente una abluzione con clorexidina 0,2% per 60 secondi per doppia modalità di azione, ossidativa ed antisettica (5).

Misure di igiene da parte degli operatori:

L'isolamento del campo operatorio tramite l'impiego della diga di gomma, è in grado di minimizzare notevolmente la produzione di aerosol contaminato da saliva e sangue nei casi in cui si utilizzino strumenti rotanti ad alta velocità (fino al 70% nel raggio di 1 metro dal paziente) (6)

Per procedure che **NON GENERANO AEROSOL** e/o procedure con isolamento del campo operatorio tramite diga di gomma

L'operatore e la ASO utilizzano: divise con cuffia copricapo, mascherina chirurgica e visiere od occhiali protettivi - DPI di seconda categoria (vedi sequenza corretta svestizione già inviata per aggiornamento del DVR il 16/3/2020-Allegato 7) - e procederanno al lavaggio mani (privilegiando acqua calda e prodotti con composizione alcolica) appena prima di indossare i guanti (con AQL almeno 1-1,5). L'igiene delle mani dovrà essere effettuata anche non appena rimossi i DPI al termine della prestazione.

Per quanto concerne l'utilizzo da parte degli operatori di dispositivi di ingrandimento sia nella forma ad occhiale che in quella a caschetto, si ricorda che anche in questi casi permane la necessità di integrare la protezione facciale con opportuni schermi o visiere in grado di proteggere l'intero viso consentendo il riparo da spruzzi o droplet (goccioline di diametro maggiore di 5µm).

Per le maschere facciali ad uso medico si rimanda alla norma UNI EN 14683:2019, per gli occhiali alla norma UNI EN 166:2004(7)

Per procedure che **GENERANO AEROSOL** e/o non consentono l'isolamento del campo con la diga di gomma

L'operatore e la ASO oltre ai DPI previsti per le procedure che non generano aerosol, utilizzeranno sovracamici DPI di terza categoria in TNT a manica lunga e schermi facciali o occhiali in questo caso di terza categoria.

Per quanto riguarda i DPI di protezione delle vie respiratorie si seguiranno per ora le indicazioni ad interim dell'ISS aggiornate al 28/3(8) dove, nei "Principi generali" si afferma che *"Alla luce delle conoscenze scientifiche attualmente disponibili e delle principali modalità di trasmissione di questa malattia (contatto e droplets), le mascherine chirurgiche (dispositivi medici opportunamente certificati e preferibilmente del tipo IIR o equivalente), in grado di proteggere l'operatore che le indossa da schizzi e spruzzi, rappresentano una protezione sufficiente nella maggior parte dei casi"*, ad eccezione di specifiche manovre e procedure a rischio di generare

aerosol (vedi il citato documento ISS ed il suo allegato 1). In tale allegato si evidenzia che *“La trasmissione per via aerogena (che avviene attraverso particelle di dimensioni inferiori a 5 um che si possono propagare a distanza maggiore di 1 m) non è documentata per i Coronavirus incluso SARS CoV-2, ad eccezione di specifiche procedure che possono generare aerosol (ad esempio intubazione, tracheotomia, ventilazione forzata)”*.

Attualmente l'indagine per la valutazione della trasmissione del virus SARS CoV-2 per via aerea si riferisce ad uno studio (9) pubblicato su NEJM in cui è stata verificata la stabilità del virus in aerosols in un locale chiuso dopo che il virus era stato nebulizzato ad alte concentrazioni, situazione che quindi non può essere replicabile in normali condizioni di lavoro, anche se i risultati dello studio devono essere tenuti in considerazione.

Sempre nel citato rapporto ISS (8) si evidenzia che *“Recentemente OMS ha ribadito che le nuove evidenze fornite dal lavoro pubblicato su NEJM (9) non modificano le conoscenze sulla trasmissione naturale del virus e pertanto mantiene le stesse indicazioni nel contesto della trasmissione da droplet e da contatto, dell'uso delle mascherine chirurgiche per l'assistenza sanitaria ai pazienti con COVID-19 e i respiratori facciali per le procedure e i setting a rischio di generazione aerosol”*(10). Pare plausibile ammettere in questi ultimi casi l'utilizzo di facciale filtrante FFP2 senza valvola (o FFP2 con valvola solo se rivestito da mascherina chirurgica) qualora si utilizzino occhiali a maschera DPI in terza categoria OPPURE mascherina chirurgica e visiera sempre di terza categoria (11).

Si ricorda che il DLgs n. 81/2008 prescrive, per l'utilizzo di questi dispositivi, un addestramento pratico per l'uso, indossamento e rimozione, come già indicato nel sopracitato aggiornamento al DVR.

A tale proposito, sempre nel rapporto ISS (8) viene specificato che *“ i DPI devono essere considerati come una misura efficace per la protezione dell'operatore sanitario solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprenda controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici nel contesto assistenziale sanitario ”*.

Si sottolinea che in questo periodo di carenza di DPI si consiglia di mantenere indossati gli stessi facciali filtranti piuttosto che rimuoverli e reindossarli più volte nella stessa giornata, anche al fine di minimizzare il rischio di contaminazione dei dispositivi stessi.

FASE DI CURA

Per quanto concerne la successiva fase di esecuzione delle terapie si raccomanda l'utilizzo di una barriera fisica come la diga di gomma ogni qualvolta la procedura da eseguirsi sul paziente lo consenta, in ogni caso ed anche in tutte le altre situazioni è indicata la doppia aspirazione per limitare il più possibile la diffusione di aerosol.

Consigliabile anche che procedure quali l'igiene orale vengano eseguite da un solo operatore per ridurre al minimo l'esposizione degli addetti, utilizzando il più possibile strumenti manuali e limitando l'uso di air-polishing per ridurre la nebulizzazione.

Tutti gli strumenti rotanti utilizzati dovranno essere sterili e valorizzando anche l'utilizzo di protezioni monouso (pellicole con effetto barriera) da posizionare nell'area operativa su tubi aspirazione, tavoletta, faretra, lampade, pulsantiere, apparecchio radiografico, servomobili, tastiere pc, monitor... al fine di facilitare le successive manovre di decontaminazione; per tale scopo si raccomanda anche la riorganizzazione e la rimozione dai piani di lavoro di tutto quanto non strettamente necessario alle procedure cliniche.

Massima attenzione dovrà essere posta alla disinfezione delle impronte ed alla loro collocazione in opportuni contenitori per il trasporto in laboratorio.

DIMISSIONI DEL PAZIENTE DALL'AREA CLINICA E RITORNO IN SEGRETERIA

Opportuno per il paziente che al termine delle cure ritorna in area segreteria dotato della mascherina consegnata al suo accesso in studio, effettuare una disinfezione delle mani con lavaggio o gel a base alcolica prima di sostare in reception e venire quindi a contatto con il banco segreteria per procedere ad eventuale pagamento (privilegiare mezzi elettronici a scapito dei contanti).

A tale scopo può essere utile lasciare a disposizione gel disinfettanti mani a base alcolica in area segreteria o attesa da far utilizzare anche ad eventuali accompagnatori del paziente che lo affianchino nelle procedure di segreteria.

Fondamentale comunque la frequente disinfezione dei POS con soluzioni alcoliche o la loro copertura con pellicole monouso.

RIORDINO E SANIFICAZIONE DELL'AMBIENTE OPERATIVO POST CURA

Durante le fasi del riordino devono essere sempre indossati i DPI necessari (almeno occhiali protettivi, guanti, copricapo, mascherina chirurgica) ed areare in modo prolungato l'area operativa (tra una sessione di lavoro e la successiva e comunque almeno 1 volta ogni ora).

Si procede alla disinfezione degli ambienti e alla sterilizzazione dello strumentario seguendo le consuete pratiche che sono validate (12) anche in caso di pazienti COVID-19 positivi.

Accertarsi che le soluzioni disinfettanti siano attive per tbc, virus e batteri possibilmente testati con un tempo di efficacia breve.

Tutto il materiale rimosso, considerato potenzialmente contaminato, sarà gestito ai fini dello smaltimento come da disposizioni di legge del Comune di appartenenza; deve essere considerato che secondo il Regolamento Europeo 852/2017 (tutela ambientale) si devono favorire gli smaltimenti dei rifiuti con minimo impatto ambientale possibile. Pertanto si ricorda che, secondo il Decreto del Presidente della Repubblica 254/2003, devono essere considerati a rischio biologico i rifiuti che siano contaminati da sangue o altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile.

Per tutti gli altri rifiuti è consigliabile una disinfezione con prodotti efficaci (ad esempio ipoclorito 1% o alcool 70°) ed il loro smaltimento secondo indicazioni del Comune.

Dopo ogni trattamento verrà eseguita la sanitizzazione delle superfici della zona operativa entro un raggio di 1,5-2 metri dal poggiatesta (area critica); per quanto riguarda l'area semicritica, ovvero quella al di là dell'area precedente, verrà eseguita una sanitizzazione a fine giornata lavorativa per pavimenti e piani, lo stesso verrà fatto per le aree non operative.

Il rischio di contaminazione dell'acqua di raffreddamento degli spray da parte di un virus è ritenuto improbabile, tuttavia si consiglia di utilizzare, se presente, il sistema di disinfezione dei circuiti seguendo le istruzioni del produttore in modo attento.

In assenza di ciò, oltre alle comuni norme igieniche, si consiglia sempre il flussaggio dell'acqua dai manipoli per almeno 2 minuti all'inizio della giornata lavorativa e per almeno 40 secondi tra un paziente e l'altro.

Se presente un sistema autonomo di raffreddamento svincolato dalla rete idrica si suggerisce di aggiungere 20 ml di perossido di idrogeno per litro di acqua (richiedere sempre al produttore la fattibilità di tale procedura a seconda del tipo di riunito).

Per quanto riguarda la decontaminazione aerea in modo automatico con utilizzo di sistemi filtranti e/o apparecchi che erogano per nebulizzazione liquidi sanificanti, si evidenzia come allo stato attuale non vi siano evidenze sulla reale efficacia di tali dispositivi in rapporto all'abbattimento della carica virale; resta pertanto da dimostrare se essi possano rappresentare un vantaggioso ausilio per la sanificazione dello studio odontoiatrico.

EVENTUALE ESPOSIZIONE A COVID-19

Qualora l'operatore (odontoiatra, igienista o ASO) avesse avuto contatti con un paziente che nei 14 giorni successivi alle cure cui si è sottoposto in studio, risultasse positivo a COVID-19, l'esposizione dell'operatore avvenuta seguendo le misure fin qui esposte, potrà essere considerata a basso rischio.

L'operatore si sottoporrà comunque ad automonitoraggio con particolare attenzione a sintomi ed episodi febbrili per i 14 giorni successivi al contatto, senza sospensione dell'attività lavorativa (13).

Qualora le indicazioni Regionali prevedano tempi superiori si rimanda alle disposizioni, ad esempio 28 giorni per la Regione Lombardia
In questo periodo dovrà indossare sempre almeno la mascherina chirurgica e, qualora compaiano sintomi dubbi, dovrà contattare il 112 o il MMG e, nel caso si trattasse di una ASO, il medico competente, qualora nominato.

BIBLIOGRAFIA

- (1) www.ADA.org/virus “What constitutes a Dental Emergency?” Aggiornato al 31/03/2020
- (2) “Linee Guida per la Gestione dei pazienti da riportare ai provvedimenti normativi in base alle aree di rischio”. Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia.
- (3) Parere Garante Privacy del 02/03/2020 : “Coronavirus: soggetti pubblici e privati devono attenersi alle indicazioni del Ministero della Salute e delle istituzioni competenti”
- (4) “Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro” Sottoscritto dal Ministero, associazioni datoriali e sindacali il 14/03/2020.
- (5) Basso M.-Bordini G.-Bianchi F.-Prosper L.-Testori T.-Del Fabbro M.- “Utilizzo di collutori preoperatori contro il Virus SARS-COV-(COVID 19): revisione della letteratura e raccomandazioni cliniche” Quintessenza Internazionale 01/20.
- (6) Xian Peng, XinXu, Yuqing Li, Lei Cheng, Xuedong Zhou and BiaoRen: “Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice”- International Journal of Oral Science (2020) 12:9.
- (7) UNI-ENTE ITALIANO DI NORMAZIONE- www.uni.com
- (8) Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. aggiornato al 28/03/2020.
- (9) Van Doremalen N., Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Brandi N, et al. “Aerosol and surface stability of SARS CoV-2 as compared with SARS CoV-1”. The New England Journal of Medicine. Published on: 17 March 2020.
- (10) WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID 19) Situation Report-66. SUBJECTS IN FOCUS: COVID-19 virus persistence: Implications for transmission and precaution recommendations-26 March 2020.
- (11) CDC-Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with Coronavirus Disease (COVID-19)

- (12)** CDC. Summary of infection prevention practices in dental settings. Basic expectations for safe care.
www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol.
- (13)** Interim guidance from Korean Dental Association based on
www.cdc.gov/coronavirus/2019