

A SOLI €10
abbonati online a Italian Dental Journal
su www.academystore.it

Italian Dental Journal

attualità informazione cultura professione

Anno IX Numero 4/2014

Boom di carie secondo il Collegio ma molti esperti non concordano



Il ministero della Salute in questi anni sta riscrivendo le regole della professione, a partire dalle indicazioni in tema di prevenzione e di terapia delle differenti patologie. Le linee guida sono sottoposte a revisione e ne scaturiscono raccomandazioni cliniche da tradurre nella pratica quotidiana a tutela del paziente ma anche dell'operatore

Roberto Ferro



DentalAcademy
CASI CLINICI E DIDATTICA
www.dentalacademy.it



Categoria: Chirurgia, Parodontologia
Autore: Angelo Cisternino
GTR per il trattamento di una grave lesione endo-perio



Categoria: Chirurgia
Autore: Giorgio Tiozzo
Criticità di un intervento odontoiatrico su paziente cardiopatico

ULTIMI POST

DENTOSAN
ASSICURA UN'ELEVATA AZIONE DISINFETTANTE E ANTISETTICA

LINEA SPECIALIST

RECORDATI

DentalAcademy
CASI CLINICI E DIDATTICA

200 CASI CLINICI ONLINE!
Leggi e commenta
www.dentalacademy.it

AMICI DI BRUGG
RIMINI 22 • 23 • 24 MAGGIO 2014
57° Congresso

57

NOVITA 2014
Brugg's Gymnasium
Una palestra per Giovani Odontoiatri e Odontotecnici

VIDEOPROIEZIONI 3D
CREDITI ECM-FAD

www.amiciidibrugg.it

Ferite da taglio: normativa, epidemiologia e prevenzione

Da marzo la direttiva europea sulla prevenzione delle ferite da taglio è entrata nell'ordinamento italiano. Cambiano (forse) gli obblighi per gli studi: i sindacati scrivono al ministero. Legge a parte, i dentisti sono preparati agli incidenti?

Il decreto legislativo nr. 19 del 19 febbraio 2014 riporta l'attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro, concluso da Hospeem e Fseep, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario, già recepita da molti paesi europei (1). La norma è in vigore dal 25 marzo e integra il titolo X del D. Lgs 81/2008, che riguarda le attività lavorative nelle quali vi è il rischio di esposizione da agenti biologici.

In particolare il decreto legislativo raccomanda «di non sopprimere mai inesistente un rischio» e qualora si evidenzino il rischio di ferite da taglio o da punta e di infezione, il datore di lavoro deve adottare le misure di prevenzione standard (vedi box). Si noti che queste indicazioni sono note da tempo e indicate nel decreto del ministero della Sanità del 28/09/1990, nella linea guida del CDC-2003 (2) e da Cleveland (3) nel 2007.

La sorveglianza sanitaria è indicata nella direttiva 2010/32/UE (clausola 6, punto 2c) e recepita nel D.Lgs (art 286-sexies e) in caso di rischio (1). Inoltre, in caso di ferimento del lavoratore, il datore di lavoro è obbligato ad assicurare: cure immediate, profilassi post esposizione e gli esami clinici necessari, corretta notifica e il monitoraggio. Tuttavia, solo il «medico compe-

tente» ha la professionalità per «attestare in modo indipendente» un infortunio senza lesioni (agli organi competenti spetta quella in caso di lesione certa) e assicurare il successivo monitoraggio, garantendo la necessaria riservatezza (2) e la tutela fisica e psicologica del lavoratore. Inoltre, il medico competente può identificare situazioni di stress dovute a situazioni pericolose o incidenti non segnalati, o categorie a maggior rischio (ad esempio studenti, apprendisti, donne in maternità).

Il rischio biologico in odontoiatria

È noto che il principale rischio biologico è causato dai virus dell'epatite B, C e HIV. In odontoiatria il rischio biologico coinvolge sia il paziente (1,6% è la frequenza di eventi avversi) che l'operatore (1,8%) (4, 5). I più recenti dati epidemiologici sulla diffusione dell'epatite B e C dovuti a carenze nel controllo dell'infezione in odontoiatria, devono farci riflettere per le serie conseguenze (6, 7). Il rischio biologico è stimabile in diversi modi: probabilità di contatto con un agente infettivo, o di contrarre una malattia infettiva, o di contagio e non è ancora stato quantificato da studi epidemiologici con sufficiente precisione (1, 8, 9), soprattutto per i problemi di follow-up, i

limiti dei metodi di laboratorio tradizionali e comportamenti discutibili (sottovalutazione del problema, cultura della «colpa» in caso di incidente) che causano la sottostima degli incidenti anche in odontoiatria (3, 7, 10, 11). Questi motivi spiegano la mancanza di incidenti nelle Aso nella banca dati dell'Inail, anche perché la notifica era obbligatoria solo per infortuni con prognosi di almeno tre giorni. Inoltre, l'utilizzo di aghi cavi per anestesia locale (diametro piccolo, ma azioni ripetute per sostituzione fiala o in punti di-

versi) è tipico dell'odontoiatria e quindi il rischio biologico potrebbe essere diverso rispetto alle altre attività sanitarie, che utilizzano invece aghi da prelievo intravascolare (11). Strumenti sterilizzati in modo inadeguato sembrerebbero causare un rischio biologico maggiore della trasfusione (12).

Il rischio di incidenti occupazionali

In riferimento specifico all'attività odontoiatrica, il rischio di incidenti occupazionali da dispositivi medici taglienti o pungenti (Dtp)



► Livia Barengli è laureata in scienze biologiche e specializzata in biochimica e chimica clinica. È un'esperta nel campo della disinfezione e ricondizionamento dei dispositivi medici in odontoiatria. Svolge attività didattica in corsi organizzati dalla Integrated Orthodontic Services srl di Lecco (www.ios-srl.com)

è concreto (8, 10, 11, 13-23).

Il 18% delle lesioni sono di tipo superficiale (lacerazione con poco o nessun sanguinamento), ma l'82% è di tipo moderato (lesione percutanea con sanguinamento) (21) indipendentemente dal tipo di procedura (clinica o di ricondizionamento dei dispositivi medici); Cleveland ha riportato che il 48,4% delle lesioni percutanee hanno necessitato di follow-up medico (16). Queste lesioni, confermate in molti studi con frequenze diverse, avvengono nei dentisti (7-36%), chirurghi orali (34%), Aso (22-75%) e igienisti (17%) (3, 8). Durante l'attività clinica, la maggior parte delle lesioni è provocata da un ago cavo (31%), da sutura (15-23%), fresa (10%), bisturi (7%), curette (5-17%) o altri strumenti odontoiatrici (7-32%) (3, 8, 21). Durante lo smaltimento è coinvolto un ago nel 48% dei casi (21). Nella maggior parte delle lesioni percutanee è coinvolta una siringa sia per le Aso (48%) sia per i dentisti (67%; 33,3% durante anestesia locale) (8). Le lesioni avvengono durante chirurgia (in totale 44%), conservazione (19%) e igiene orale (13%) (3), comunque principalmente durante l'attività clinica (57-71%) (3, 23), e recentemente emerge un maggiore pericolo durante endodonzia (24%), rispetto a implantologia (18%) e chirurgia orale (16%) (23). Parte delle lesioni non sono collegate all'uso dello strumento tagliente (57%) o all'interno della bocca (39%), ma avvengono fuori dalla bocca (55%) e durante fasi successive all'attività clinica (29-42%) (3, 23) o durante il ricondizionamento dei dispositivi medici (45%) (21).

Un dato importante: il rischio di incidenti è raddoppiato negli studenti rispetto a dentisti con 10 anni di esperienza (9) tanto

che addirittura l'87,5% degli studenti ha subito una lesione percutanea (22).

Prevenzione

Poiché il 78-96% delle lesioni percutanee coinvolge le mani (21, 23), avevamo precedentemente riportato alcuni esempi di dispositivi medici dotati di meccanismi di protezione e sicurezza (5). Alla luce delle circostanze in cui si sono verificati gli incidenti occupazionali (3, 8-21), vengono riportate una serie di raccomandazioni operative per prevenire le lesioni (vedi box). L'efficacia di diversi dispositivi medici di sicurezza è significativa (15, 24), ma pochi studi riguardano l'attività odontoiatrica (11, 25, 26).

È evidente che il rischio non può essere annullato solo con l'adozione di siringhe e bisturi di sicurezza. Infatti, la bocca è uno spazio anatomico ristretto dove si verificano il 39% delle lesioni (3), ma la protezione delle lame potrebbe rivelarsi un ostacolo alla visione della lama e l'efficacia delle siringhe di sicurezza è controversa (25, 26). Lo spazio operativo esterno, dove si verifica il 49% delle lesioni, può contenere altri Dtp posizionati in uno spazio ristretto: sonde per diagnostica, escavatori e tagliasmalto, strumenti canalari, gates e tiranervi, tronchesi e fili ortodontici, frese e dischi separatori, strumenti parodontali e chirurgici affilati.

Quindi la prevenzione si attua adottando sia procedure, sia dispositivi di sicurezza e controllando gli altri fattori di rischio: limitata esperienza e ridotta formazione del personale, uso scorretto dei dispositivi di sicurezza, fattori ergonomici (stanchezza, frequenti interruzioni, tempi ridotti), disorganizzazione.

Livia Barengli

MISURE DI PREVENZIONE E RACCOMANDAZIONI

SINTESI DELLE MISURE DI PREVENZIONE STANDARD (art. 286-sexies)

- Utilizzare procedure sicure di utilizzo, manipolazione e smaltimento di dispositivi medici taglienti e dei rifiuti contaminati con sangue e materiali biologici a rischio (potenzialmente infetti)
- Verificare periodicamente l'efficacia delle procedure di sicurezza
- Eliminare l'uso superfluo degli oggetti taglienti o appuntiti
- Usare dispositivi medici dotati di meccanismi di protezione e sicurezza e formare i lavoratori sul loro uso
- Divieto della pratica di reincappucciamento manuale degli aghi in assenza di dispositivi di protezione e sicurezza per le punture
- Definire le procedure specifiche in caso di incidente e prevedere una profilassi post-esposizione
- Informare i lavoratori su vantaggi e inconvenienti delle vaccinazioni disponibili e loro erogazione gratuita da parte della struttura sanitaria
- Effettuare sorveglianza sanitaria

RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE

- Non lasciare i taglienti in zone accessibili ai pazienti
- Assicurarsi che il paziente sia comodo, tranquillo e ascolti le indicazioni dell'operatore che eseguirà operazioni con taglienti
- Verificare l'assenza di lesioni cutanee sulle mani degli operatori
- Usare idonei dispositivi di protezione individuale o dispositivi medici di protezione dell'operatore (certificati CE) secondo le indicazioni del produttore
- Valutare i dispositivi medici di sicurezza e sceglierli in base alle caratteristiche della propria struttura odontoiatrica
- Effettuare movimenti di presa dei Dtp precisi e mantenere alta l'attenzione
- Usare divaricatori, tiralembi, abbassalingua o uno specchietto che svolga funzione analoga
- Comunicare verbalmente il passaggio di Dtp
- Verificare la posizione «ordinata» dei Dtp nel campo operativo
- Usare vassoi o container rigidi, muniti di sistemi di alloggiamento protetto per i Dtp
- Non raccogliere Dtp durante la caduta o con le mani. Usare sempre ausili di sicurezza (pinze)
- Usare bisturi di sicurezza con lame protette e punte arrotondate
- Usare bisturi monouso o utilizzare strumenti rimovibili lame
- Vietato reincappucciare gli aghi a due mani o utilizzare siringhe monouso dotate di protezioni degli aghi durante la sostituzione della fiala o usare un brucia aghi (N.B. lampade ad alcool in vetro, Bunsen e micro saldatori non sono idonei)
- Fare attenzione a conservazione, prelievo e apertura delle confezioni in C/P contenenti Dtp
- Fare particolare attenzione all'uso di strumenti chirurgici e parodontali (curette, scaler ecc.), anche per la loro scivolosità quando sono contaminati con liquidi biologici, preferendo un sistema di affilatura sicuro
- Verificare l'idoneità, il corretto montaggio (chiusura coperchio) e il massimo riempimento (2/3 della sua capacità) dei contenitori per Dtp
- Smaltire i Dtp immediatamente dopo l'uso in apposito contenitore in plastica resistente conforme CE (posizionato il più vicino possibile alla zona operativa)
- Vietato il travaso o il recupero dei Dtp contenuti nei contenitori di smaltimento
- Definire protocolli in caso di incidente

ANDI AL MINISTERO DELLA SALUTE: «SORVEGLIANZA SANITARIA NON NECESSARIA SE SI ADOTTANO LE MISURE PREVENTIVE»

«La sorveglianza sanitaria non è necessaria negli studi odontoiatrici se, applicate le misure generali di tutela previste all'art. 286 quater, come certificato nella valutazione di cui all'art. 286 quinquies, il rischio da ferite da taglio non emerge come concreto e possibile. Ogni collega dovrà quindi rielaborare la valutazione dei rischi per la propria attività e solo qualora evidenzino la presenza del rischio, allora dovrà ricorrere alla sorveglianza sanitaria». È questa la netta posizione di Andi in merito al D. Lgs. nr.19 del 19/02/2014 che imporrebbe agli studi sanitari, odontoiatrici compresi, di adottare la sorveglianza sanitaria e di conseguenza il medico competente. La nuova direttiva sui taglienti infatti introduce l'obbligo di sorveglianza sanitaria ove il professionista non sia in grado di escludere il pur minimo rischio potenziale per i lavoratori. E cambia le sanzioni comminate in caso di inadempimento: arresto da 3 a 6 mesi e ammenda da euro 2.740 a 7.014,40.

«La norma così come pubblicata in Gazzetta Ufficiale a nostro avviso non è chiara e lascia aperte pericolose interpretazioni da parte di chi controlla i nostri studi – ha commentato il presidente nazionale Andi Gianfranco Prada –. Per fare chiarezza abbiamo chiesto al ministero della Salute di confermare ufficialmente la nostra interpretazione della norma».

La richiesta di Andi al ministero si traduce in un fascicolo con le argomentazioni medico-legali con le quali il sindacato sarebbe in grado di provare che la sorveglianza sanitaria per gli studi odontoiatrici non è necessaria se si adottano le misure preventive.

A. P.

Bibliografia

1. Weber Tina. Promotion and Support of Implementation of Directive 2010/32/UE on the prevention of sharps injuries in the hospital and health care sector. Final Report, 15 November 2013
2. Kohn W.G., et al. JADA, 2004, 135, 33-47
3. Cleveland J.L. et al. JADA 2007, 138, 169-178
4. Thusu S et al. Br Dent J 2012 Aug;213(3):E3
5. Barengli A e Barengli L. Italian Dental Journal 2013, 10, 21-22
6. Klevens RM et al. JADA 2013, 144, 1340-1347
7. Radcliffe et al. R. A. et al. JADA 2013;144,1110-1118
8. Shah SM et al. BMC Public Health 2006,6,269.
9. Wicker S e Rabenau HF. A European Infectious Disease, 2011;5(1):59-62
10. Cuny E. Journal of Dental Education, 2010,75,544-548
11. Sawyer M. Workers' Compensation Board of B.C. October 2010.
12. N. Mahboobi et al. Journal of Viral Hepatitis. 2010, 17,5,307-316
13. Carlton JE. J Oral Maxillofac Surg 1997, 55, 553-556
14. Callan R.S. et al. Journal of Dental Education 2006, 70,10, 1089-1097
15. Elder A. e Paterson C. Occupational Medicine 2006,56,566-574
16. Cleveland J.L. et al. JADA 2012;143, 1127-38
17. Leggat P.A. Industrial Health 2007,45, 611-621
18. Machado-Carvalho H.P. et al. Journal of Dental Education 2008, 72, 10,1201-1208
19. Ayers K. M. S. et al. Occupational Medicine 2009;59:142-148
20. Van Wijk P.Th. L. et al. European Journal of Public Health, 2009, 20, 281-287;
21. Lee J-J et al. J of Formosan Medical Association 2012, xx, 1-7
22. Myers, J E et al. Journal of Dental Education 2012, 76,4,479-486
23. Gatto MR et al. Scientific World Journal 2013, 2013:459281
24. Tuma S. and Sepkowitz K.A. Clinical Infectious Diseases 2006; 42:1159-70
25. Cuny E, et al. JADA 2000; 131: 1443-1448.
26. Zakrzewska J M, et al. Br Dent J 2001; 190: 88-92.