



Rischio biologico nello studio: a rimetterci spesso è il dentista

Il rischio biologico nello studio odontoiatrico è concreto e impatta soprattutto sulla salute di chi ci lavora ogni giorno. Se ne è parlato in maniera rigorosa ma senza allarmismi in un convegno all'Ospedale Niguarda di Milano

«Il rischio biologico nello studio odontoiatrico esiste e i primi a farne le spese sono proprio i dentisti». Lo ha sottolineato **Fabio Di Carlo**, componente del Gruppo tecnico sull'odontoiatria del ministero della Salute ed esperto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità di Agenas, al termine del convegno "La valutazione dei rischi biologici dell'acqua e dell'aria nell'ambiente odontoiatrico", che si è tenuto a inizio giugno presso l'Ospedale Niguarda di Milano sotto il patrocinio del ministero della Salute. Quella di Di Carlo non è una voce fuori dal coro ma la sintesi trasversale di tutte le relazioni di giornata. «La vittima del nostro lavoro sono il dentista e i suoi collaboratori, più che il paziente» conferma **Luigi Checchi**, ordinario di parodontologia e implantologia all'Università di Bologna.

Per Fabio Di Carlo, odontoiatra libero professionista a Roma, qualsiasi posizione negazionista sul rischio biologico dell'acqua e dell'aria nell'ambiente di lavoro odontoiatrico è potenzialmente pericolosa prima di tutto per la salute di chi ci lavora ogni giorno, oltre che dei pazienti, evenienza che può esporre l'odontoiatra anche a un pesante problema di responsabilità professionale. «Possiamo e dobbiamo migliorare la qualità e la sicurezza delle nostre cure e diminuire il rischio biologico negli ambienti dove lavoriamo tutti i giorni, per tutelare non solo il paziente ma anche noi stessi: siamo quelli che rischiano di più. Per questo dobbiamo cominciare a parlarne, non dobbiamo nascondersi» ha sottolineato Di Carlo.

«Chi opera in un ambiente odontoiatrico è esposto a una serie di rischi abbastanza oscuri e non studiati a sufficienza – denuncia Luigi Checchi –. L'uti-

lizzo di strumenti rotanti ad esempio crea un aerosol infetto e contaminante. Il 95% delle particelle che noi produciamo ha un diametro inferiore a 5 micron e si depositano negli alveoli polmonari. Il 75% di queste particelle sono contaminate». A questo si aggiunge il fatto che spesso il dentista non conosce a fondo tutto il quadro clinico del paziente e molte volte non ha un suo profilo ematico né microbiologico. In sostanza, quindi, non sa nemmeno cosa rischia. Un tema rilanciato poco dopo da **Antonella Sparaco**, primaria del reparto di odontoiatria dell'ospedale Luigi Sacco di Milano: oggi la metà dei sieropositivi non sa di esserlo e inoltre non sono categorie più o meno facilmente identificabili come potevano esserlo una volta. E allora «trattiamo tutti come fossero sieropositivi» consiglia Antonella Sparaco.

Come ha spiegato **Giorgio Tulli** dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ente di consulenza e supporto scientifico in ambito socio-sanitario per Giunta e Consiglio regionale), il controllo del rischio infettivo in odontoiatria dipende dalle messa in atto di un intervento multidisciplinare. «Non fate come i medici di famiglia che vivono in solitudine – ammonisce Tulli –. La complessità di quello che accade in uno studio odontoiatrico non permette la vita in solitudine. Voi dovete rifiutare la normalizzazione della devianza» ha continuato l'esperto rivolgendosi ai dentisti in sala: ragionare seguendo lo schema «abbiamo sempre fatto così e non è successo mai niente» è molto rischioso. Per chi ci lavora e per chi frequenta lo studio. Senza contare che un singolo caso di infezione crociata potrebbe compromettere irrimediabilmente la reputazione professionale.

Legionella: rischio reale ma non quantificabile

Del rischio legionella negli studi dentistici ha parlato la dottoressa **Maria Luisa Ricci** del Laboratorio nazionale di riferimento delle legionelle dell'Istituto superiore di sanità, la prima al mondo a dimostrare con certezza l'associazione tra un caso di legionella e l'impianto idrico del riunito odontoiatrico contaminato (1). L'esperta non ha mancato di sottolineare il difficile rapporto tra gli esperti dell'Iss e le associazioni odontoiatriche, in disaccordo sui contenuti delle "Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" emanate nel 2015 dal ministero della Salute, e nemmeno sulle ulteriori proposte discusse in questi ultimi anni («le trovano inutili ed esagerate»). Proposte che verranno probabilmente inserite nella revisione del documento ministeriale, ancora in lavorazione. Ecco un anticipo delle operazioni considerate essenziali per una adeguata prevenzione:

- all'inizio della giornata lavorativa, aprire la valvola a monte dell'impianto idrico del riunito e flussare ogni manipolo della faretra per almeno due minuti;

- allo stesso modo flussare l'acqua che riempie il bicchiere;
- flussare i manipoli per 20-30 secondi tra un paziente e l'altro;
- installare immediatamente a monte dei riuniti filtri (minori o uguali a 0,2 micron) capaci di contenere eventuali microrganismi.

Secondo le indicazioni di prossima pubblicazione, la valutazione del rischio e il monitoraggio per Legionella andrebbero eseguiti annualmente, con un campionamento: si raccomanda di raccogliere e mescolare 200 ml d'acqua da ognuno dei seguenti sistemi

CAMBIA L'ODONTOIATRIA, CAMBIA IL RISCHIO

Il rischio biologico dell'acqua e dell'aria nell'ambiente odontoiatrico non è immutabile nel tempo. «L'odontoiatria non è più quella di una volta – riflette **Fabio Di Carlo**, componente del Gruppo tecnico sull'odontoiatria del ministero della Salute ed esperto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità di Agenas –. Se nel secondo millennio l'odontoiatra si dedicava sostanzialmente alla protesi ed esprimeva il massimo della sua chirurgia nell'estrazione dentaria, nel terzo millennio la pratica chirurgica è aumentata sensibilmente, sia nella complessità degli interventi che nella frequenza. Per questo nel rispetto delle buone pratiche e della sicurezza delle cure oggi è necessario alzare e adeguare il livello di sicurezza

del setting in cui tali trattamenti vengono eseguiti». Una ulteriore ipotesi sull'aumento del rischio della contaminazione crociata nel terzo millennio non riguarda solo l'evoluzione nella pratica clinica del dentista, ma potrebbe essere correlata anche a fattori ambientali: spiega Di Carlo che l'aumento medio delle temperature climatiche ha di fatto provocato una sostanziale tropicalizzazione del clima italiano, che a sua volta ha diminuito l'incidenza dello shock termico estate-inverno, elemento che in passato contribuiva a porre un freno allo sviluppo del biofilm batterico ove presente nella reti idriche pubbliche e private. A questo, per Fabio Di Carlo, si associa anche il fatto che le tubature condominiali, soprattutto nei palazzi sto-

rici, sono fuori dal controllo dell'autorità pubblica (a differenza delle tubature pubbliche), con un rischio aumentato di contaminazione dell'acqua nell'ultimo tratto che è fonte di alimentazione dei circuiti idrici del riunito odontoiatrico, il quale mediante la nebulizzazione di flussaggio strumentale è capace di trasmettere nell'ambiente al paziente e agli operatori i contaminanti provenienti dalla rete idrica di alimentazione del riunito. «L'ipotesi di creare una efficace barriera a monte del riunito, scongiurandone la contaminazione dalla rete, unitamente a periodici controlli – sottolinea l'esperto – potrebbe rappresentare un ulteriore livello di prevenzione fondamentale in tale ambito».

A. P.

(per un totale di 1 litro): siringa aria-acqua, micromotore, turbina, ablatore, uscita d'acqua del bicchiere.

Dal punto di vista medico legale, come ha ricordato il magistrato **Raffaele Guariniello** in un convegno proprio sulla legionella, «in assenza di normativa tecnica specifica, una linea guida ha lo stesso valore di una legge». Per Fabio Di Carlo il problema della legionella è reale e comunque non secondario ad altri contaminanti quali la *pseudomonas aeruginosa*, spesso riscontrati in reti idriche condominiali e nei riuniti odontoiatrici e da qui trasmessi negli ambienti di lavoro mediante la nebulizzazione spray. Quindi, spiega il presidente del convegno, è necessario considerare il pro-

blema e arrivare a definire un documento condiviso, basato sull'evidenza scientifica ma che tenga conto anche della reale applicabilità delle misure di prevenzione negli studi libero professionali: «qualsiasi atteggiamento negazionista è ingiustificato, ma allo stesso tempo non è opportuno imporre flussaggi interminabili senza considerare l'opportunità di bloccare a monte in modo semplice la contaminazione del riunito odontoiatrico» ha detto Di Carlo.

C'è infine da rilevare come oggi siamo ancora lontani dall'aver un quadro preciso della prevalenza dei casi di infezione da legionella e/o *pseudomonas* negli studi dentistici, perché c'è un'evidente carenza di sorveglianza

epidemiologica a livello europeo e poca attenzione in generale sulla prevenzione: come ha rilevato una recente indagine dell'European Legionnaires' Disease Surveillance Network (EldsNet), i Paesi europei prestano poca attenzione alla prevenzione e al controllo della contaminazione da legionella negli impianti idrici dei riuniti, tanto che solo in cinque hanno prodotto linee guida specifiche a riguardo.

Andrea Peren

1. Ricci ML, Fontana S, Pinci F, Fiumana E, Pedna MF, Farolfi P, Sabatini MA, Scaturro M. Pneumonia associated with a dental unit waterline. Lancet. 2012 Feb 18;379(9816):684.

RESPONSABILITÀ SANITARIA: LEGGE GELLI HA SANCITO IL DIRITTO ALLA SICUREZZA DELLE CURE

La responsabilità sanitaria è cambiata radicalmente con la legge Gelli-Bianco. Anche per l'odontoiatria e anche in tema di rischio biologico. Tutto quello che serve per comprenderlo sta dentro all'articolo 1 della legge "Sicurezza delle cure in sanità": «La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale».

L'orientamento della giurisprudenza attuale non è più solo quello di chiamare il responsabile sanitario a pagare per un

danno cagionato, ormai avvenuto. La richiesta è invece quella di agire in prevenzione, valutando il rischio nel proprio contesto operativo e mettendo in atto tutte le misure di prevenzione disponibili. In poche parole, gestire il rischio evitando il danno. «Anche la responsabilità sanitaria si è mossa fortemente in questa direzione, in particolare con la legge Gelli-Bianco» ha spiegato l'avvocato **Silvia Stefanelli**, secondo cui si tratta di un «salto culturale molto importante per noi italiani, che non abbiamo questa mentalità».

Secondo l'esperta di diritto sanitario, intervenuta al convegno "La valutazione dei rischi biologici dell'acqua e dell'aria nell'ambiente odontoiatrico" presso l'Ospedale Niguarda di Milano, in questo ambito il legislatore non può fornire un elenco preciso di cose da fare, perché il rischio è un concetto strettamente collegato alla realtà specifica in cui si opera ed è diverso da studio a studio, a seconda del tipo di prestazione che viene erogata, a seconda del personale che viene impiegato, persino a seconda

del tipo di riunito che si utilizza. «Il rischio è quanto di più mobile esista e richiede un'analisi di contesto, non una checklist di cose da fare».

Inutile quindi aspettarsi in futuro dal legislatore un preciso elenco di procedure da mettere in atto e che, una volta svolte, consentano di "stare tranquilli". È invece tutto o quasi demandato a ogni singolo studio, alla sua capacità di valutare il rischio e adoperarsi per gestirlo. Le linee guida si inseriscono perfettamente in questo quadro filosofico-normativo perché appartengono a una evoluzione normativa di cosiddetta *soft law*: viviamo in un mondo molto complesso, in cui il legislatore (nazionale e comunitario) non può emanare discipline dettagliate in ogni ambito. Può fissare però i principi da rispettare, gli obiettivi da raggiungere. È in questo senso che le linee guida "diventano legge", per dirla con le parole del magistrato **Raffaele Guariniello**, che si era occupato del problema.

A. P.



› Silvia Stefanelli e Fabio Di Carlo