

Patrizia Di Caccamo e Roberto Santopadre

Nella maggior parte dei casi durante le sedute odontoiatriche viene prodotto aerosol: con il trapano, con l'ablatores a ultrasuoni, con la siringa aria/acqua.

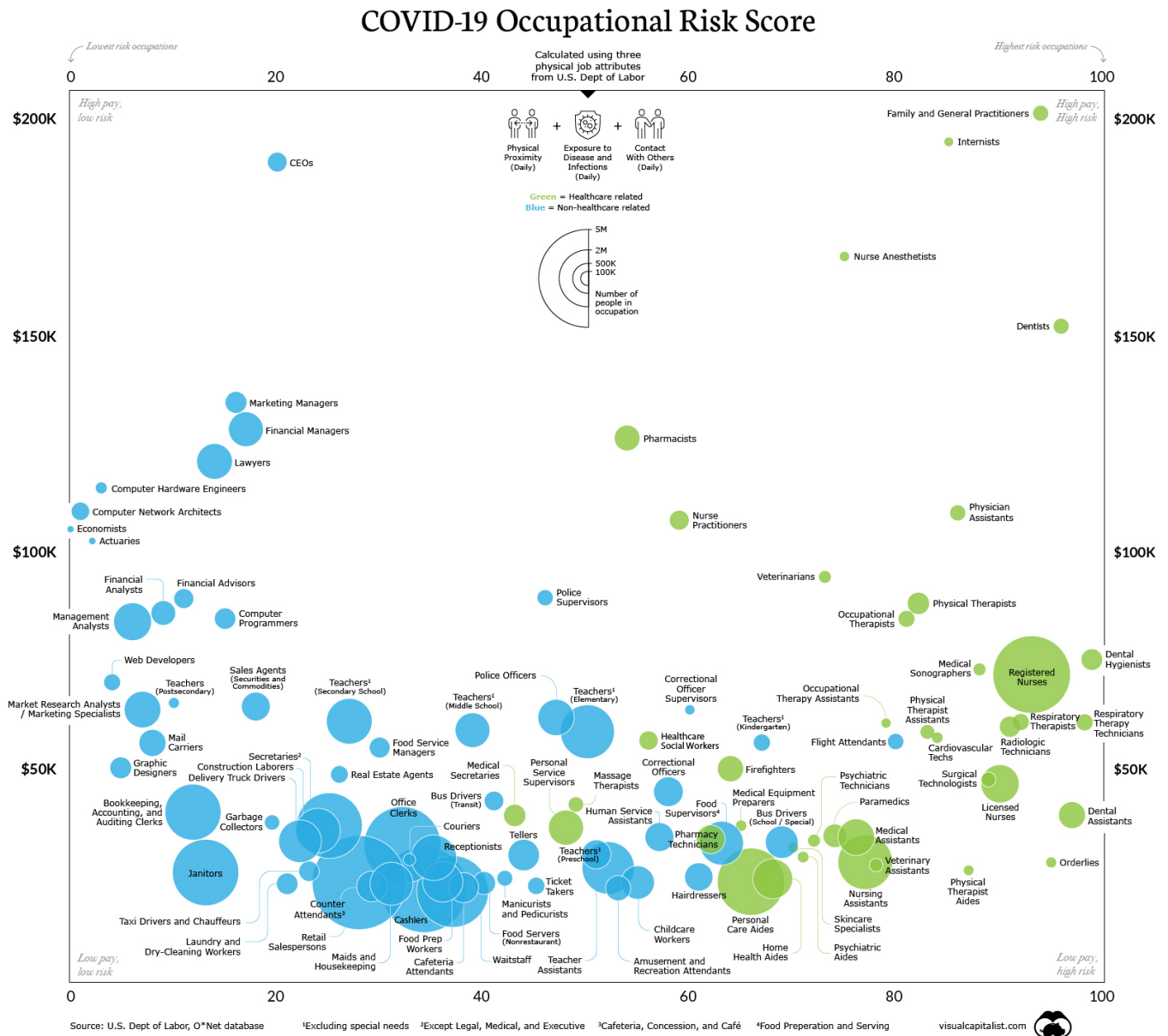
Le goccioline di saliva emesse con tosse, starnuti o anche durante la semplice verbalizzazione sono veicoli di contagio accertati e ben noti di Covid-19. Esse infatti costituiscono il "medium" del virus.

L'aerosol, che talvolta si genera con alcune procedure nelle unità di terapia intensiva, ma anche molto spesso nelle sedute odontoiatriche, consiste in goccioline molto più piccole e leggere. Queste, in virtù delle loro piccole dimensioni e basso peso, hanno la caratteristica di poter rimanere sospese nell'aria e di potersi depositare su superfici anche molto distanti dall'area nella quale vengono prodotte.

Altre malattie infettive condividono la stessa modalità di contagio, ma con Covid-19 ci troviamo di fronte ad un virus nuovo, che ha caratteristiche inedite per l'alta letalità dovuta a complicanze polmonari e il cui potenziale infettivo è elevato ed insidioso a causa dell'elevato numero di infetti asintomatici. Questi aspetti, oltre ad essere alla base della tragedia in corso a livello globale quanto a decessi, numero di malati e di portatori asintomatici, obbligano a ragionare e a prevedere misure adeguate ai rischi in ambienti di lavoro, come quello odontoiatrico, dove per le procedure, la frequenza dei contatti e la vicinanza fisica al paziente, il rischio è considerato alto.

Infatti, nella maggior parte dei casi durante le sedute odontoiatriche viene prodotto aerosol: con il trapano, con l'ablatores a ultrasuoni per l'igiene professionale, con la siringa aria/acqua. Le manovre necessarie per l'esecuzione di radiografie endorali spesso provocano tosse, le impronte per la realizzazione di manufatti protesici sono rilevate a diretto contatto con le mucose orali. Dunque, la maggior parte delle procedure operative espone a rischi. Numerosi studi, mirati alla classificazione del rischio specifico per categoria di lavoratori, concordano nell'attribuire ai dentisti un alto rischio di contagio.

Figura 1. Covid-19. Rischio di contagio occupazionale



Fonte: Here's a look at who is most at risk of contracting COVID-19 and how much they earn for taking that risk. [Marketwatch.com](https://www.marketwatch.com)

Un recente studio, non ancora pubblicato, eseguito in Lombardia, ha somministrato un questionario agli odontoiatri per sapere se fossero stati contagiati, ricoverati o avessero avuto sintomi simili a Covid-19, altre domande hanno indagato la limitazione dell'attività lavorativa, il tipo di precauzioni adottate, la percezione del rischio per sé e per i pazienti, le previsioni rispetto al futuro della propria attività clinica^[1]. Si attende, dunque, la

pubblicazione di questi dati per comprendere, in una delle Regioni più colpite, quali conseguenze l'epidemia abbia comportato e quali prospettive gli odontoiatri si attendono per il futuro.

I dentisti deceduti sono ad oggi 15, su 154 vittime fra i medici, ha dichiarato il Presidente CAO nazionale (Commissione Albo Odontoiatri) al Congresso AIOP (Associazione Italiana Odontoiatria Protesica) che si è svolto on line il 1 maggio scorso.[2] Oltre al dentista il rischio è condiviso dagli ASO (Assistente di Studio Odontoiatrico) e da tutto il personale impiegato nelle stanze operative.[3] Il personale di ricevimento ed amministrazione presenta lo stesso profilo di rischio di quanti hanno contatto con il pubblico e operano transazioni in denaro o pos.

Quando l'epidemia è esplosa in tutta la sua gravità le associazioni che rappresentano i dentisti privati, ANDI (Associazione Dentisti Italiani) e AIO (Associazione Odontoiatri Italiani), la CAO (Commissione Albo Odontoiatri) e diverse società scientifiche sono intervenute per dare indicazioni ai propri iscritti. Nella sostanza si è raccomandato di limitare l'attività alle sole urgenze. Le disposizioni sono state esplicate nel dettaglio nella circolare 56 della FNOMCEO del 26-3-2020 dove si indica esplicitamente che l'attività dell'Odontoiatra deve limitarsi alle sole urgenze.[4] *“Si rileva che per quanto concerne l'attività professionale degli studi odontoiatrici, ai fini del contenimento del contagio e nell'ottica di evitare gli spostamenti dei cittadini, **si raccomanda di svolgere l'attività stessa per le sole urgenze indifferibili** e di uniformarsi, quindi, alle prescrizioni più restrittive adottate da alcune Regioni”*. A seguito di questi inviti e per il crescente timore per il diffondersi dell'epidemia molti studi hanno interrotto temporaneamente l'attività clinica, non sentendosi in grado di gestire adeguatamente la situazione, altri, soprattutto quelli che hanno deciso di rimanere aperti per eseguire trattamenti di urgenza, si sono attrezzati a ridurre il rischio adottando nuove procedure e dotandosi (non senza difficoltà di reperimento) di dispositivi di protezione individuale più efficaci delle semplici mascherine chirurgiche utilizzate comunemente. Contemporaneamente ANDI, AIO, CAO hanno iniziato a produrre documenti informativi e formativi al fine di orientare i dentisti verso comportamenti idonei e prudenti, aggiornando via via le informazioni in base alle conoscenze sul virus che incrementavano gradualmente. Già a Marzo circolavano documenti molto dettagliati sulle procedure e dispositivi da utilizzare.[5] Le fonti di ispirazione sono state diverse: *Centers for Disease Control and Prevention* in USA[6], ma anche pubblicazioni provenienti dalla Cina prodotte da autori appartenenti alla *Wuhan University School* e Ospedale di Stomatologia.[7]

Per molti dentisti è stato complesso orientarsi su come classificare ed interpretare il concetto di “urgenza” non differibile. Le associazioni di categoria non hanno dato

indicazioni stringenti, si sono affidate, piuttosto, alla competenza e al senso di responsabilità del dentista nel giudicare se e quando intervenire. Naturalmente alcuni hanno interpretato le indicazioni con ampio margine di discrezionalità, altri meno. Alcune società scientifiche e le stesse ANDI e AIO, inclusa la CAO, hanno invitato più volte a attestarsi sulla massima prudenza, rimandando il più possibile gli interventi. L' A.D.A. (*American Dental Association*) ha invece diffuso un elenco dettagliato per classificare emergenze e urgenze e orientare i comportamenti, elenco al quale molti dentisti italiani si sono ispirati.[8] Un comportamento fra i più efficaci e più seguiti è stato quello di eseguire un triage telefonico prima di dare l'appuntamento. Molti problemi sono stati risolti per via telefonica, spesso tramite la somministrazione di farmaci. Per l'ortodonzia si sono sperimentate tecniche a distanza, soprattutto per i necessari e frequenti controlli di routine.

Tutto questo, soprattutto l'adozione di misure prudenziali in tempi precoci in un ambito lavorativo che per sua natura era già preparato a gestire possibili infezioni crociate, si rivela molto utile nel passaggio alla fase di progressiva riapertura delle attività routinarie. L'aspetto della protezione del personale di assistenza è anch'esso molto delicato ed il personale stesso all'interno di molti ambulatori è stato molto attivo nell'esigere sicurezza e protezioni adeguate.

Prospettive

Le conseguenze economiche di questa rivoluzione, che resetta le attività cliniche imponendo nuove procedure, comporteranno necessariamente un importante aumento delle spese per approvvigionamento di dispositivi adeguati e per questo si discute su come calmierare i prezzi nel settore o chiedere opportune facilitazioni o defiscalizzazioni. Si assisterà, come prevedibile, ad un contestuale calo delle entrate, dovuto sicuramente alla diminuzione dei pazienti per il timore del contagio, ma anche alla difficoltà di questi ultimi, per la crisi economica incombente, a fronteggiare gli alti costi che le prestazioni odontoiatriche comportano. È auspicabile che il settore venga sostenuto con misure adeguate per non dover assistere alla perdita di posti di lavoro.

L'odontoiatria pubblica, che in circostanze normali serve una quota molto piccola della popolazione che oscilla dal 5-7% a seconda delle Regioni, ha diversificato la propria offerta sul territorio. Molti pronto soccorso sono stati chiusi, anche per non divenire moltiplicatori di contagio, altre strutture sono rimaste aperte, ma soltanto per le urgenze scontando, come molte strutture pubbliche, la scarsità dei DPI adeguati.

Di fatto le urgenze e le emergenze per la salute orale della popolazione hanno trovato risposta negli ambulatori rimasti aperti dei dentisti privati, che costituiscono comunque una

fitta rete territoriale (64 dentisti ogni 100000 abitanti).[9] **Il 30 aprile si sono conclusi i lavori del Tavolo tecnico sull'Odontoiatria al Ministero della Salute**, che ha inviato le proprie proposte al Comitato Tecnico-Scientifico dell'ISS. Queste sono state nella gran parte accettate ma con alcune modifiche.[10]

Patrizia Di Caccamo

SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni) COI (Cooperazione Odontoiatrica Internazionale)

Roberto Santopadre

Direttore Ambulatorio odontoiatrico Caritas

Bibliografia

[1] <http://www.odontoiatria33.it/inchieste/19315/i-dentisti-lombardi-hanno-rispettato-le-indicazioni-delle-cao.html>

[2]<https://www.aiop.com/event/meeting-mediterrano/>

[3]

[4] <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/03/COMUNICAZIONE-N-56-2020.pdf>

[5]

[6]<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>

[7] <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0022034520914246?journalCode=jdrb&>

[8] <http://www.odontoiatria33.it/approfondimenti/19166/quali-sono-le-emergenze-dentali-le-indicazioni-di-ada.html>

[9] Eurostat 2019

[10] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2917_allegato.pdf