

La SIDA ed il medico dentista

Fra il personale sanitario, il medico dentista è uno dei più esposti al virus della SIDA, perchè lavora tutto il giorno a contatto con le mucose orali e la saliva dei pazienti, che notoriamente può contenere il virus, e perchè spesso le cure dentarie provocano piccole emorragie gengivali (p.es. sistemando una matrice metallica attorno a un dente da oturare, estirpando una polpa ancora viva da un canale, prendendo l'impronta per una corona che deve scendere fin nel solco gengivale, eseguendo un detartraggio, ecc.). Il numero dei portatori del virus HIV viene stimato oggi nel Ticino attorno ai 1500 ed in Svizzera attorno ai 30.000: è chiaro che ogni medico dentista ne avrà prima o poi diversi fra i suoi pazienti. Inoltre il virus tende ormai a diffondersi fra tutta la popolazione, per cui il concetto di «paziente a rischio» pare ormai superato. **Ogni** paziente dev'essere considerato potenzialmente infettivo, e occorre quindi proteggersi, proteggere il proprio personale ausiliario e gli altri pazienti.

Rischio di contagio

Per prima cosa è necessario richiamare una realtà consolante. Il potenziale infettante del virus HIV appare molto piccolo. Se p.es. il rischio di contrarre un'epatite B, in seguito a una ferita accidentale con un ago contaminato da quel virus, si stima fra il 6 e il 30%, per il virus della SIDA tale rischio è inferiore all'1%. Diversi studi hanno indagato sulla possibilità di contagio del personale sanitario. Uno dei più ampi venne condotto in Atlanta. Su 1758 persone (medici, infermieri, impiegati d'ospedale e di laboratorio, ecc.) che erano entrate in contatto diretto con pazienti ammalati di SIDA, se ne trovarono solo 26 portatrici del virus, ma quasi tutte erano esse stesse persone a rischio. Solo in 2 casi si concluse per un'infezione di origine professionale.

Detto questo, bisogna ugualmente prendere sul serio la possibilità di un'infezione e ricorrere alle misure di protezione raccomandate.

Queste vennero già pubblicate nel dicembre '85 sulla Rivista mensile svizzera di odonto-stomatologia, e riportate in traduzione italiana sul Bollettino dell'Ordine dei medici dentisti del Canton Ticino del marzo 1986. Esse coincidono largamente con quelle pubblicate nell'aprile 1986 dal «Center for Disease Control» di Atlanta (ente governativo americano), e le elenchiamo qui di seguito in forma schematica.

Misure di protezione

- Anamnesi accurata (specialmente: medicinali assunti, infezioni acute, linfadeniti, perdita di peso).
- Protezione del personale curante e assistente con occhiali, mascherina, guanti di

gomma. Questi devono venir cambiati per ogni paziente, e qualora vengano perforati accidentalmente.

- Gli abiti da lavoro (camici) devono venir cambiati ogni giorno, o quando sono visibilmente macchiati, e possono venir lavati normalmente nella lavatrice.

- Coprire le superfici che possono venir contaminate da sangue e saliva e che sono difficili da disinfettare (tavolini, interruttori, manici di lampade, ecc.) con teli, fogli di plastica trasparente o di alluminio. Queste protezioni, alla fine dell'intervento, devono venir tolte portando i guanti!

- Evitare, durante la cura, di produrre schizzi o aerosol di sostanze potenzialmente infette. È noto che il trapano a turbina produce una nebbia di goccioline che arriva fino a 2 m dalla bocca del paziente; ed analogamente si comportano gli strumenti ad ultrasuoni per il detartraggio.

- Particolare cura occorre nel lavare le mani, prima e dopo l'intervento (può succedere che i guanti vengano perforati inavvertitamente, e che materiale infetto penetri all'interno). Per le cure di routine, è sufficiente il sapone normale. La disinfezione chirurgica è necessaria per gli interventi operatori, badando però a non ferirsi le mani per troppo zelo.

- Strumenti taglienti e aghi da iniezione dovrebbero essere possibilmente monouso.

Molta cura è necessaria nel manipolarli e nel distruggerli, per evitare di ferirsi. Gettarli via sempre solo in un contenitore solido e impermeabile, per evitare ferite al personale di pulizia.

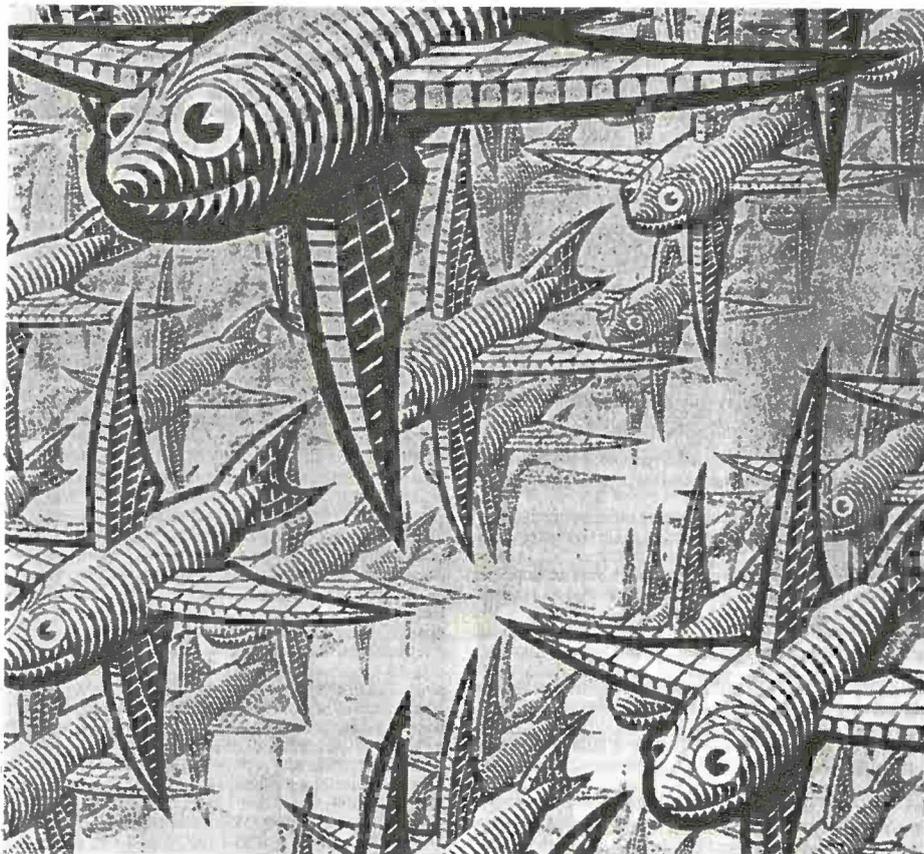
- Particolare attenzione va posta nel maneggiare gli aghi da iniezione. Dopo l'uso, non si deve rimettere il cappuccio di protezione sull'ago (pericolo di ferirsi!) bensì distruggerlo con un sistema adatto (p.es. Destruclip).

- Tutti gli strumenti taglienti che penetrano nei tessuti (pinzette, sonde, bisturi, curette, ecc.) devono venir sterilizzati dopo l'uso. Gli strumenti che entrano in contatto superficiale coi tessuti orali (specchietti, porta amalgama, ecc.) dovrebbero pure venir sterilizzati, o almeno sottoposti ad una disinfezione ad alta efficacia (p.es. 10 ore in aldeide glutarica). Prima della sterilizzazione o della disinfezione gli strumenti devono venir accuratamente puliti (lavaggio con acqua e sapone o altro detersivo; apparecchio a ultrasuoni). Il personale addetto alla pulizia deve portare robusti guanti di gomma.

- Dopo la cura di un paziente, tutte le superfici che possono essere contaminate da sangue o saliva devono venir pulite con uno strofinaccio assorbente, per eliminare eventuale materiale organico, e poi disinfettate adeguatamente. Molto efficace è una soluzione di ipoclorito sodico (NaOCl-«candegina», «acqua da bucato») in concentrazione fra il 5 e lo 0,5 per mille, che però è corrosiva per i metalli.

- Un problema particolare è posto dalla disinfezione degli oggetti in partenza o in arrivo dal laboratorio dentario. La disinfezione è

M.C. Escher, *La profondità*, past., 1955.



indispensabile, tuttavia bisogna tener conto, nella scelta del mezzo, delle particolarità e sensibilità dell'oggetto (p.es. materiale d'impronta) che potrebbe venir danneggiato dal disinfettante.

– Infine l'eliminazione dei rifiuti deve pure rispettare esigenze igieniche. Tutti gli strumenti taglienti devono venir collocati in una scatola resistente ed impermeabile prima di venir gettati via. Oggetti solidi contaminati (garze, rotoli di ovatta, tovaglioli di carta, ecc.) devono venir rinchiusi in contenitori robusti ed ermetici, da cui non possano colare liquidi.

Conclusione

Ed ora qualche osservazione finale. È chiaro che le misure di protezione indicate sopra rappresentano un notevole cambiamento del modo di esercitare la medicina dentaria ed esigono modifiche di struttura e di funzionamento dei nostri studi. Basti dire che la necessità di portare guanti di gomma limita sensibilmente l'abilità manuale e non è senza inconvenienti per la pelle, quando si protrae per tutta la giornata lavorativa. La disinfezione spinta dell'ambiente di lavoro, dopo la cura di ogni paziente, implica tempo e consumo di materiale, ed il tutto si ripercuote sulla «produttività» dello studio.

Infine, l'accresciuto uso di materiale da gettare (decine di paia di guanti al giorno, tovaglioli, campi operatori, ecc.) implica da un lato costi crescenti, e dall'altro un volume notevole di rifiuti da distruggere, con problemi per l'ambiente.

Le possibili vie d'uscita da questa situazione appaiono per il momento poco praticabili. Si potrebbe insistere affinché ogni persona sieropositiva annunci spontaneamente la sua condizione, facendo ampia campagna presso la popolazione e presso i medici che orientino in questo senso i loro pazienti. Tuttavia non si può far molto affidamento su questa spontanea dichiarazione, anche perché purtroppo ci sono già stati casi in cui a pazienti sieropositivi sono state rifiutate le cure dentarie. D'altra parte esiste un articolo del codice penale che punisce la messa in pericolo della vita altrui con la reclusione fino a 10 anni. Non è escluso che un tale reato possa venir imputato al paziente contagioso che, coscientemente, omette di informare il personale curante (medico, dentista, ecc.) del suo stato.

Una centralizzazione delle cure di pazienti a rischio in ambienti appositamente attrezzati (presso ospedali p.es., o colleghi disponibili) è pure di difficile attuazione, per la riluttanza dei pazienti ad ammettere una loro «diversità». Esigere da ogni paziente che si sottoponga preliminarmente ad un test per la SIDA appare, per ora, esagerato. Far finta di niente, e continuare come prima, è un atteggiamento irresponsabile. In pratica, ogni paziente, tenuto conto della diffusione galoppante del virus, dev'essere considerato potenzialmente contagioso.

Come si vede, la situazione è estremamente indefinita e incerta, e occorrerà tempo per avere le idee chiare e abituarsi alle nuove cir-

costanze. La Società Svizzera di Odontostomatologia (SSO) già da un paio di anni ha costituito una commissione di studio per la SIDA presieduta dal Prof. Mäglin dell'Università di Basilea. Il suo lavoro è già stato notevole: pubblicazioni, istruzioni a tutti i colleghi, conferenze, ecc. Nei prossimi mesi

è previsto ancora un intenso lavoro di informazione e di consulenza per tutti i colleghi, che dovrebbe trovare il suo culmine al prossimo congresso di Zurigo della SSO (21-23 maggio 1987).

Dott. med. dent. Guido Ferrazzini

Trasmissione di retrovirus linfocitotropici (HTLV I e HIV) tramite la trasfusione di sangue e derivati

È dimostrato che tramite il sangue o i prodotti da esso derivati è possibile trasmettere ad un paziente un retrovirus quale l'HTLV I, responsabile della ATLL (linfoma a cellule T dell'adulto) oppure l'HIV responsabile della SIDA.

Mentre l'HTLV I presenta dei problemi trasfusionali soprattutto nelle regioni del Giappone e ha inoltre un limitato rischio di insorgenza della malattia relative, l'HIV presenta un problema mondiale per tutti i Servizi Trasfusionali.

È dimostrato che la donazione di sangue da parte di donatori volontari e non remunerati e di donatori registrati presso Centri Trasfusionali quali donatori abituali, assieme al controllo di tutte le donazioni di sangue con un test per anticorpi anti-HIV accompagnata da una capillare informazione dei donatori di sangue e dell'opinione pubblica su questa problematica può ridurre al minimo il rischio di SIDA post-trasfusionale.

Rimane l'incertezza causata dal periodo intercorrente tra l'infezione e la presentazione degli anticorpi anti-HIV all'analisi che obbli-

ga i responsabili dei Centri Trasfusionali ad un'attenta sorveglianza dei propri donatori. È dimostrato inoltre che i derivati del plasma trattati secondo le tecniche attualmente in vigore, sono sicure per quanto concerne questa malattia, mentre si auspica la messa a disposizione al più presto di un test di laboratorio che permetta l'identificazione non tanto degli anticorpi contro il virus HIV quanto piuttosto del virus stesso (antigene), e che, come per l'epatite, ci permetta di definire con ancora maggior sicurezza lo stato di portatore sano nella nostra popolazione di donatori.

È inoltre evidenziato come il concetto che Croce Rossa Svizzera ha, tramite il suo Servizio Trasfusionale, proposto da anni, per il nostro paese, abbia garantito la massima sicurezza possibile al momento per i pazienti riceventi una trasfusione sanguigna o sottoposti a terapie con prodotti derivati dal sangue.

Dott. med. Damiano Castelli

Direttore del Centro Trasfusionale
Croce Rossa Svizzera, Lugano

