

La presente versione delle Linee guida per la qualità (LGQ) del settembre 2026 è da considerarsi provvisoria. Non appena entreranno ufficialmente in vigore le BPR-ambulatoriali, verrà elaborata una nuova versione delle LGQ.

Igiene nello studio dentistico

1. Principi di base dei criteri di valutazione

Questo capitolo tratta delle basi, degli obiettivi, dei concetti e delle misure d'igiene dello studio dentistico. In passato l'epatite B era considerata una malattia professionale dei medici dentisti. Occasionalmente vi sono anche stati casi di trasmissione dell'epatite B dal medico dentista al paziente. Da quando l'epidemia di AIDS ha iniziato a diffondersi, sia le organizzazioni professionali dei medici che i pazienti hanno cominciato a pretendere uno standard d'igiene più elevato. L'intento era di garantire un'efficace protezione contro le infezioni, soprattutto quelle trasmesse da agenti patogeni presenti nel sangue e nella saliva. Oggi sappiamo che l'HIV non si trasmette così facilmente, ma ciò non toglie che anche questo virus può essere trasmesso attraverso i contatti in ambito professionale. Il virus dell'epatite B (HBV) raggiunge spesso titoli elevati nel sangue dei portatori sani, che non sono necessariamente consapevoli della loro condizione. Lo stesso vale per le malattie infettive causate dal virus dell'epatite C. Per questo motivo, il livello d'igiene si basa su criteri che hanno come riferimento i virus delle epatiti B e C. In questo modo si vuole garantire una protezione generale contro le infezioni trasmesse attraverso il sangue, anche se non esiste una protezione assoluta. La comparsa nell'uomo della variante causata da prioni della malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ), diffusasi soprattutto in Gran Bretagna in concomitanza con l'epidemia di encefalopatia spongiforme bovina (BSE), ha fatto sorgere la necessità di rendere inattiva questa nuova categoria di agenti patogeni.

Ai sensi dell'art. 25 cpv. 3 dell'Ordinanza sulle epidemie (OEp), i dispositivi medici impiegati per interventi di chirurgia maxillofaciale vanno sterilizzati in autoclave con il programma prioni (tempo di mantenimento di 18 min.). Gli interventi di chirurgia orale non sono considerati interventi di chirurgia maxillofaciale (nervo trigemino periferico del ganglio di Gasser) e i dispositivi medici impiegati per tali interventi vanno sterilizzati in autoclave con il programma universale (tempo di mantenimento 3,5 min.).

La Legge sugli agenti terapeutici (LATer, RS 812.21) si prefigge di garantire che vengano immessi in commercio soltanto agenti terapeutici (farmaci e dispositivi medici) di elevato valore qualitativo, sicuri ed efficaci. L'Ordinanza relativa ai dispositivi medici (ODmed, RS 812.213), entrata in vigore il 1 aprile 2010, è stata emanata allo scopo di garantire un uso sicuro dei dispositivi medici. In essa sono regolamentate le misure di assicurazione della qualità per il ricondizionamento dei dispositivi medici.

L'obiettivo dell'igiene nello studio dentistico

è prevenire la trasmissione d'infezioni da un paziente a un altro, nonché al personale dello studio dentistico e del laboratorio odontotecnico, e viceversa.

Elementi di base dell'igiene nello studio dentistico

Lo standard d'igiene deve essere lo stesso per tutti i pazienti, quindi non esistono pazienti con rischi speciali. Le misure d'igiene mirano a proteggere sia i pazienti che il personale dello studio. Particolare attenzione, per prevenire la trasmissione d'infezioni, va prestata soprattutto:

- alle mani del medico dentista, dell'igienista dentale, dell'assistente, di profilassi e dell'assistente dentale;
- ai dispositivi medici taglienti e appuntiti contaminati;
- ai frammenti di materiali dentari e alle
- sostanze nebulizzate;
- alle superfici.

L'igiene nello studio dentistico prevede un pacchetto completo di misure, volto a regolamentare le procedure in funzione del rischio di trasmissione delle infezioni, che deve essere rispettato da tutto il personale, senza eccezioni. L'igiene nello

studio dentistico non è un elemento secondario delle prestazioni del medico dentista, ma un obbligo che gli compete.

Responsabilità del medico dentista

Il medico dentista è l'unico responsabile dell'igiene nel suo studio. È lui che stabilisce il concetto d'igiene, che garantisce l'istruzione di tutto il suo personale e che controlla che il concetto venga rispettato. Inoltre, dà l'esempio sia nella routine quotidiana che nei momenti in cui lavora sotto pressione. I pazienti hanno il diritto di ricevere non solo trattamenti ottimali, ma anche un'assistenza ottimale dal punto di vista dell'igiene.

Applicazione dei criteri di valutazione

I criteri di valutazione definiti dalle linee guida per la qualità consentono al personale dello studio dentistico di procedere sia a un'autovalutazione che a una valutazione dello studio. Essi permettono inoltre di confrontare le proprie idee in fatto d'igiene con i requisiti di qualità definiti dagli autori del presente manuale.

Il titolare e responsabile dello studio dentistico deve identificare i punti deboli e gli ambiti problematici, e apportare i necessari miglioramenti adottando quanto prima le misure più adeguate. In questo deve guidarlo il concetto che l'igiene nello studio dentistico prevede una serie di misure concatenate tra loro, la cui efficacia viene determinata dall'anello più debole.

2. Criteri di valutazione

CONCETTO D'IGIENE	• È previsto un concetto d'igiene ben studiato, verificato periodicamente, per tutte le attività svolte nello studio. • L'ultima versione del piano d'igiene è affissa in una posizione ben visibile. • Tutto il personale dello studio dentistico conosce e rispetta per principio il concetto e il piano d'igiene. Ciò non toglie che nella pratica quotidiana ci possano essere lievi e occasionali scostamenti. • Alla loro entrata in servizio, i membri dello studio dentistico vengono informati sulle disposizioni vigenti nello studio in materia d'igiene e, successivamente, vengono aggiornati a intervalli regolari. Inoltre, periodicamente vengono effettuati dei controlli. • La sala di cura è organizzata in modo che, durante il trattamento, non sia necessario rifornirsi di prodotti supplementari e, se del caso, che tali rifornimenti avvengano solo con l'ausilio degli strumenti appositi.
IGIENE PERSONALE	• Tutto il personale dello studio è sufficientemente protetto contro il virus dell'epatite B (HBV). Il titolare dello studio dentistico controlla che tutto il personale sia vaccinato contro l'HBV e, se necessario, dispone affinché venga vaccinato. • In caso di ferite accidentali con sanguinamento, sulla base del verbale infortuni per ferite professionali si decide caso per caso come comportarsi e il tutto viene annotato. • L'abbigliamento protettivo viene indossato solo all'interno della zona studio o della zona clinica e va cambiato quotidianamente o se è macchiato. • I guanti vanno indossati per tutti i lavori sui pazienti in cui può avvenire un contatto con sangue o saliva; se vengono nebulizzate sostanze, vanno pure indossate mascherina e occhiali/ visiera di protezione.
IGIENE DELLE MANI	• All'inizio e al termine del periodo di trattamento (mattina, mezzogiorno e sera) lavarsi le mani con sapone e acqua fredda. • Prima e dopo ogni trattamento, in caso d'interruzione del lavoro e quando si cambiano i guanti procedere alla disinfezione igienica delle mani con un preparato alcolico registrato. • Prima di ogni intervento chirurgico procedere alla disinfezione chirurgica delle mani e indossare guanti sterili. • Indossare guanti nuovi per ogni paziente. Requisiti minimi in caso di esami in serie: disinfettare i guanti tra un bambino e l'altro (dopo sei bambini i guanti vanno in ogni caso cambiati). • Durante il trattamento, il personale dello studio non deve portare anelli, orologi o braccialetti. Le unghie devono essere corte e senza smalto.

DISPOSITIVI MEDICI	• L'approntamento dei dispositivi medici è circoscritto a tre zone: a) lavaggio e disinfezione dei dispositivi medici contaminati, b) ispezione, manutenzione e confezionamento, c) sterilizzazione. Le tre zone sono separate in maniera chiara. • Disinfezione in condizioni controllate nel bagno di disinfezione o, meglio ancora, nel termo-disinfettore. • Sterilizzazione dei dispositivi medici in autoclave a vapore validata. • Documentazione dei cicli di sterilizzazione, manutenzione tecnica regolare (come da raccomandazioni del produttore) e controllo regolare dell'autoclave con opportuni indicatori. • Tutti i dispositivi medici utilizzati per interventi invasivi vanno sterilizzati in autoclave con il programma universale (134 °C/2,1 bar relativi/tempo di mantenimento 3,5 min.) dopo averli inseriti in imballaggi monouso o messi in vassoi con filtro. • Conservare i dispositivi medici in imballaggi monouso o su vassoi con filtro, indicando la data di sterilizzazione, in armadi/cassetti ermetici (anti polvere) e solo per il periodo di stoccaggio consentito. • I manipoli e i contrangoli per interventi chirurgici vengono prelavati meccanicamente e poi imballati e sterilizzati, per tutti gli altri interventi vengono prelavati e disinfettati. Le frese, per qualsiasi intervento siano state usate, vengono sterilizzate. • I dispositivi medici usati per trattamenti non invasivi vengono sempre sterilizzati, se possibile, e conservati liberi in cassetti ermetici alle sostanze nebulizzate e alla polvere. I cassetti non vanno aperti durante il trattamento. Almeno una volta al mese i cassetti vengono svuotati e disinfettati e il loro contenuto viene sterilizzato, disinfettato o smaltito.
SUPERFICI/ALTRE APPARECCHIATURE	• Dopo l'uso, tutti i materiali e le apparecchiature venuti a contatto con sangue/saliva o con sostanze nebulizzate vengono eliminati o disinfettati, e conservati in modo da evitarne la ricontaminazione. • Dopo ogni paziente, disinfettare sistematicamente le superfici conformemente al piano d'igie-ne passando dei panni monouso precedentemente inumiditi (Wipes). Il raggio di disinfezione varia in funzione dell'entità della contaminazione. • Nella misura del possibile, il riunito deve essere dotato di un sistema interno di disinfezione dell'acqua; se così non fosse, al mattino e dopo lunghi periodi d'inutilizzo lasciar scorrere l'acqua da tutti i punti di uscita per almeno tre minuti. • In caso d'interventi invasivi utilizzare esclusivamente una soluzione di risciacquo sterile.
CALCHI/PEZZI LAVORATI/PROTESI/RADIOGRAFIE	• I calchi, i pezzi lavorati e le protesi provenienti dalla bocca del paziente vengono disinfettati accuratamente e contrassegnati prima di uscire dallo studio. • Analogamente, anche ciò che proviene dal laboratorio e viene messo in bocca al paziente va disinfettato. • La procedura va in linea di massima concordata con gli odontotecnici. • Il ciclo della radiologia va organizzato in modo tale che la sviluppatrice non venga contaminata.
RIFIUTI PRODOTTI DALLO STUDIO	• Tutti i rifiuti vengono smaltiti conformemente a un preciso concetto scritto. • In vista del loro smaltimento, i rifiuti taglienti e appuntiti vengono conservati in contenitori non perforabili, a tenuta stagna, chiudibili e debitamente contrassegnati. • I rifiuti speciali vengono smaltiti nel rispetto delle relative disposizioni. • Durante il lavaggio manuale dei dispositivi medici non ancora disinfettati il personale indossa guanti non perforabili.

3. Spiegazioni relative ai criteri di valutazione

Concetto d'igiene

L'obiettivo dell'igiene nello studio è prevenire un'eventuale trasmissione d'infezioni al paziente e viceversa. Un presupposto importante in tal senso è che lo studio sia suddiviso tra una zona clinica (sale di cura, approntamento dei dispositivi medici) e gli altri locali. Tutte le procedure vanno organizzate in modo che il rischio d'infezione sia ridotto al minimo.

Le fasi importanti sono le seguenti:

- l'allestimento e l'attrezzamento in vista
- dei trattamenti;
- il flusso dei dispositivi medici;
- il cambio di paziente;
- la disinfezione delle mani;
- il ciclo della radiologia;
- lo scambio di materiali con il laboratorio odontotecnico.

Le misure di protezione mirano a evitare, nella misura del possibile, il contatto con sangue e fluidi corporei.

Una formazione periodica del personale e controlli dell'igiene devono garantire l'attuazione coerente del concetto d'igiene.

Un piano d'igiene scritto regola le singole misure igieniche in relazione al tipo, alla portata e alla responsabilità (si veda al riguardo l'Allegato 1 estratto da WIEHL & GUGGENHEIM 1993).

Misure di protezione

Vaccinazioni

Il personale dello studio dentistico può essere esposto a tutta una serie di agenti patogeni di malattie infettive trasmissibili attraverso il sangue e al materiale secreto dalle mucose orali e respiratorie; tra gli agenti patogeni di malattie infettive citiamo per esempio i virus dell'epatite B e C, il virus dell'*herpes simplex*, il citomegalovirus, l'HIV, il virus dell'influenza, il *Mycobacterium tuberculosis*, gli stafilococchi e gli streptococchi. È opportuno dunque immunizzarsi quanto più possibile.

Tutto il personale dello studio che non è immune contro il virus dell'epatite B deve essere vaccinato (i costi sono a carico della cassa malati). Chi si rifiuta di vaccinarsi viene informato sulle possibili conseguenze e deve confermare il suo rifiuto per iscritto. A questo proposito va ricordato che il vaccino contro l'epatite B (HBV) non protegge contro le infezioni trasmesse da altri virus dell'epatite. Possono essere opportuni anche altri vaccini, per esempio contro l'influenza, la poliomielite, gli orecchioni, il morbillo, la rosolia, il tetano, la pertosse e la difterite. In caso di gravidanza o in presenza di malattie è opportuno consultare il medico di fiducia o di famiglia.

Protezione durante il lavoro

I *guanti* (in lattice, nitrile o vinile) vanno sempre portati per proteggere il paziente e il personale in caso d'interventi nel cavo orale e di contatto con sangue, saliva e/o mucose.

Attenzione: tenere conto delle possibili allergie al lattice (anche dei pazienti). Per semplici controlli/trattamenti sono sufficienti i guanti non sterili; per gli interventi di chirurgia orale vanno invece indossati guanti sterili. Al termine del trattamento e prima di uscire dalla sala di cura togliere i guanti e smaltirli sul posto. I *guanti non perforabili* vengono utilizzati per lavare e disinfettare i dispositivi medici, per manipolare disinfettanti concentrati e altri prodotti chimici irritanti per la pelle e per maneggiare i rifiuti contaminati.

La *mascherina*, realizzata in tessuto multistrato, protegge la parte inferiore del viso dalle schegge volanti di materiale infetto e previene l'inalazione di sostanze nebulizzate nell'aria. Deve aderire bene al viso e restare asciutta. Va sostituita se esposta a sostanze nebulizzate o se si bagna, e comunque al termine di ogni trattamento.

In caso di *visite di controllo in serie su bambini* non è necessario cambiare mascherina e guanti dopo ogni paziente. I guanti possono essere disinfettati al massimo sei volte, ma vanno cambiati in caso di contatto con sangue, di perforazione, se si sporcano o se il bambino è malato.

Gli *occhiali* con protezione laterale proteggono gli occhi da ferite e infezioni. Vanno disinfettati dopo ogni paziente. Un paio di occhiali protegge anche il paziente dalle sostanze nebulizzate e dalle schegge.

Gli *abiti da lavoro* vengono indossati solo all'interno dello studio, per evitare una propagazione dei germi al di fuori dello studio. L'ideale è indossare un grembiule o un camice ben chiuso davanti o una camicia senza tasche sul petto, pantaloni e scarpe da lavoro chiuse davanti. Gli abiti da lavoro vengono cambiati ogni giorno e ogni volta che si sporcano di sangue. Se possibile, vanno conservati separatamente dagli abiti civili. Gli abiti protettivi (cotone) possono essere lavati in un normale ciclo di lavaggio.

Chi porta i capelli lunghi, li deve raccogliere dietro la testa.

Ferite

Il rischio di contrarre un'infezione da HIV sul lavoro è molto basso, ma le conseguenze sono fatali. Anche per l'epatite C le conseguenze possono essere gravi anche se il rischio d'infezione è basso. È importante quindi evitare qualsiasi esposizione all'HIV e all'HCV. In caso di esposizione si deve poter consultare immediatamente un medico. Per questo motivo, tutto il personale deve conoscere il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del medico.

Gli aghi, le lame dei bisturi e gli altri dispositivi medici taglienti vanno considerati come potenziali cause d'infezione e devono quindi essere maneggiati con la cura necessaria a prevenire qualsiasi ferita.

Importanti misure precauzionali:

- Gettare gli aghi negli appositi contenitori di raccolta subito dopo l'uso. Evitare assolutamente il recapping a due mani.
- Evitare che le mani vengano a contatto con dispositivi medici rotanti contaminati.
- Per lavare i dispositivi medici indossare spessi guanti di gomma per uso domestico, lavare i dispositivi medici uno alla volta.

La procedura da seguire in caso di esposizione accidentale a sangue/saliva deve essere definita per iscritto, affinché sia possibile adottare immediatamente le misure opportune:

- disinfettare la ferita;
- informare in modo confidenziale gli interessati (paziente, superiori, responsabile dello studio);
- documentare per iscritto le circostanze, per esempio compilando il verbale infortuni per ferite professionali (Allegato 2 estratto da WIEHL & GUGGENHEIM 1993) in triplice copia (una copia per il medico, una per l'assicurazione infortuni e una da conservare in studio). Il verbale serve per valutare il rischio d'infezione;
- contattare il medico.

Un'istruzione scritta su come comportarsi in caso di ferite da punta e di contaminazione di ferite scoperte va affissa in studio, in un punto ben visibile da tutto il personale.

Disinfezione e cura delle mani

Le mani sono un importante veicolo di trasmissione delle malattie infettive. Per questo motivo è estremamente importante proteggerle, disinfettarle e averne cura. La procedura raccomandata è illustrata nello schema «Protezione delle mani durante i trattamenti odontoiatrici» (si veda a pag. 7).

Le mani vanno lavate con acqua fredda e un sapone liquido, e poi accuratamente asciugate. Vanno curate applicando regolarmente una crema per le mani idratante. Le unghie devono essere tenute corte e senza smalto.

Quando si eseguono lavori relativamente lunghi su un paziente, cambiare una volta i guanti può aiutare a tenere la pelle il più possibile asciutta. Se i guanti si bucano occorre sostituirli non appena il trattamento in corso sul paziente lo consente.

Quando si lavora con oggetti acuminati-taglienti o con sostanze chimiche e disinfettanti nocivi per la pelle vanno indossati spessi guanti di gomma per uso domestico.

Disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici

Basi

Obiettivo della disinfezione è ridurre il livello dei germi (senza spore) di almeno 5 log. Quello che ne risulta non è una situazione permanente, ma limitata nel tempo. Con la sterilizzazione (per es. 134 °C/2,1 bar relativi/tempo di mantenimento 3,5 min.) non vengono inattivati solo i virus, le cellule batteriche vegetative e i funghi, ma anche le spore batteriche di almeno 6 log.

La sterilizzazione comprende la disinfezione e il lavaggio prima della sterilizzazione, il processo di sterilizzazione vero e proprio e lo stoccaggio dopo la sterilizzazione. Nel campo della sterilizzazione sono state ratificate numerose norme europee, la cui implementazione negli studi dentistici è stata oggetto di discussioni da parte della Commissione della SSO per l'igiene nello studio e l'ambiente (GUGGENHEIM ET AL. 1999). Nel 2010 Swissmedic ha pubblicato la guida «Buona prassi di approntamento di dispositivi medici per gli studi medici e odontoiatrici nonché altri utilizzatori di piccole sterilizzatrici a vapore saturo» (BPPS), che tiene conto della revisione dell'Ordinanza relativa ai dispositivi medici del 2010.

In questa guida i dispositivi medici da ricondizionare sono suddivisi in tre classi in base al loro rischio d'infezione:

- I) i dispositivi medici non critici, ossia quelli che durante l'uso vengono a contatto solo superficialmente con la pelle;
- II) i dispositivi medici semicritici, ossia quelli che al momento dell'uso vengono a contatto con la mucosa o la pelle lesa;
- III) i dispositivi medici critici, ossia quelli che penetrano nella pelle o nella mucosa ed entrano in contatto con il sangue. Per essere utilizzati, questi dispositivi medici devono essere sterili.

Procedimento

Poiché in uno studio dentistico occorre ragionevolmente limitare il numero degli articoli monouso, la maggior parte dei dispositivi medici viene riutilizzata. Prima di ogni loro utilizzo, essi vengono ricondizionati in base alla loro classe di rischio. L'approntamento dei dispositivi medici avviene in tre fasi: a) disinfezione dei dispositivi medici usati, b) lavaggio, ispezione, manutenzione e confezionamento dei dispositivi medici e c) sterilizzazione e stoccaggio fino al successivo utilizzo. Queste attività vanno svolte in tre zone da tenere preferibilmente separate dal luogo di cura. Se la zona per la disinfezione (a) si trova in prossimità del riunito (per es. nella sala di cura), deve essere chiaramente delimitata.

I dispositivi medici contaminati vanno spostati indossando spessi guanti di gomma per uso domestico. Essi vengono disinfettati tramite termidisinfezione (impostazione automatica: 95 °C per 3–10 min.) con detergente e prodotto di risciacquo o tramite disinfezione per immersione. In questo secondo caso i dispositivi medici vengono immersi totalmente. Il tempo minimo d'azione, che dipende dalla concentrazione del disinfettante, deve essere rispettato (usando per es. un timer). I disinfettanti vanno sostituiti a intervalli regolari seguendo le indicazioni del produttore.

Terminata la disinfezione, si procede al lavaggio, all'ispezione e alla manutenzione dei dispositivi medici, prima di confezionarli (imballaggi sterili trasparenti o vassoi) e di indicare la data e il numero di carico. In questa zona si può lavorare senza guanti.

Infine i dispositivi medici vengono sterilizzati in un'autoclave validata. Il processo di sterilizzazione deve poter essere controllato dall'utilizzatore in maniera semplice e affidabile (per es. protocollo giornaliero di sterilizzazione come da Allegato B BPPS).

Esempio di protocollo giornaliero di sterilizzazione

Sterilizzatrice: _____ Responsabile: _____ Data: _____

Leakage test (test del vuoto)

Numero di carico: _____ ☐ superato ☐ non superato Firma: _____

Test di Bowie & Dick/test di penetrazione del vapore

Test utilizzato: _____ N. di lotto: _____

Test ☐ superato ☐ non conforme

Numero di carico: _____ Firma: _____

Se «non conforme», misure adottate: _____

Nuovo test ☐ superato ☐ non conforme

Numero di carico: _____ Firma: _____

Controllo del carico

Numero di carico: _____

Programma: _____

Contenuto del carico:

Svolgimento ☐ conforme ☐ non conforme

Indicatori chimici ☐ conformi ☐ non conformi

Integrità degli imballaggi ☐ conforme ☐ non conforme

Rilascio: ☐ sì ☐ no

Firma: _____

Numero di carico: _____

Programma: _____

Contenuto del carico:

Svolgimento ☐ conforme ☐ non conforme

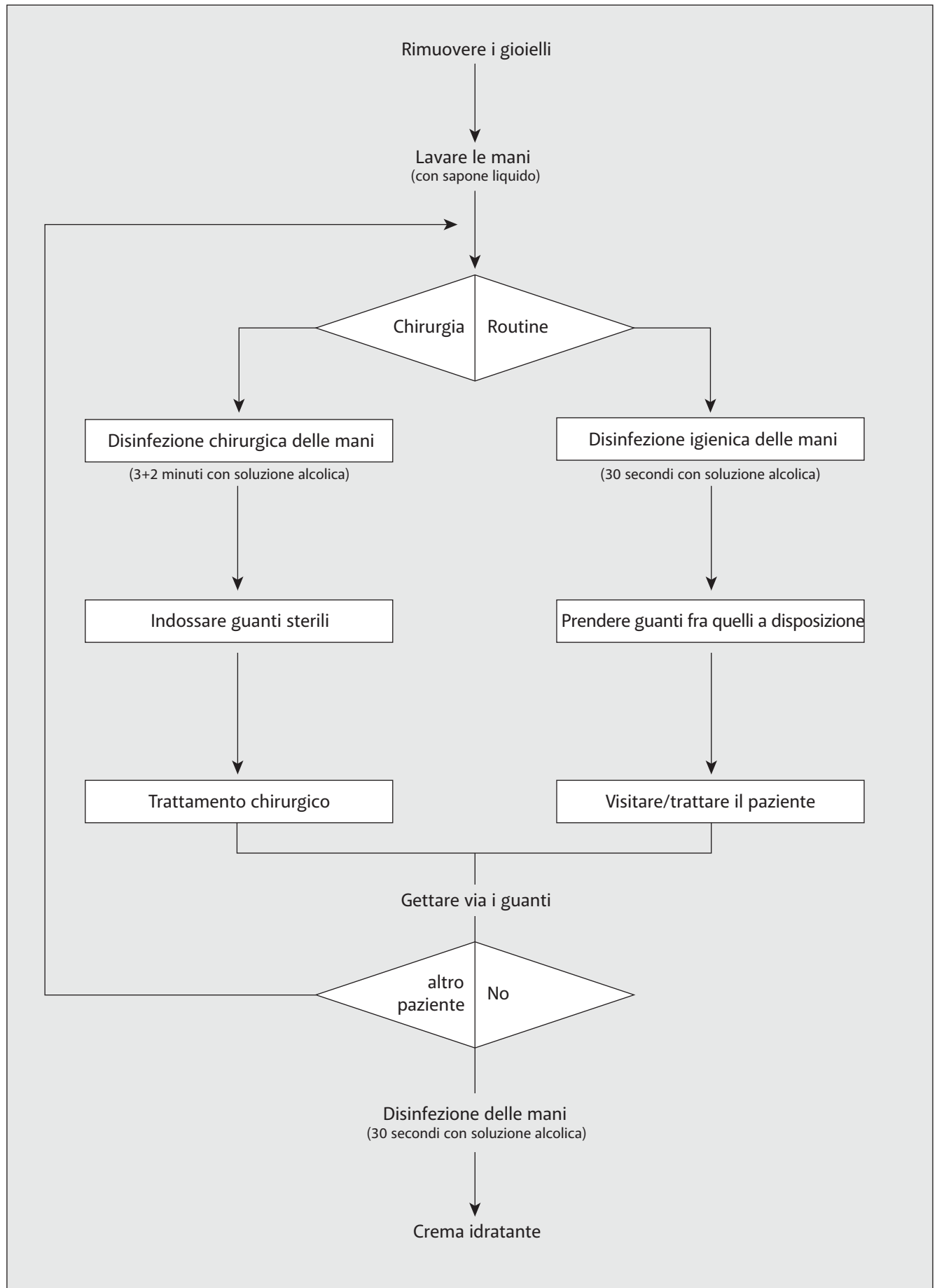
Indicatori chimici ☐ conformi ☐ non conformi

Integrità degli imballaggi ☐ conforme ☐ non conforme

Rilascio: ☐ sì ☐ no

Firma: _____

Protezione delle mani durante i trattamenti odontoiatrici



Controlli della sterilizzazione

Per essere completo, il controllo della sterilizzazione comprende essenzialmente i seguenti punti: controllo dell'apparecchio, controllo del trattamento, controllo del carico e controllo dei prodotti sterili (raccomandazioni come da Allegato A BPPS).

Il mantenimento della sterilità dopo la sterilizzazione (stoccaggio) è soggetto a termini massimi di stoccaggio a seconda del tipo d'imballaggio, nonché del modo e del luogo di stoccaggio (GUGGENHEIM ET AL 1999). Tutti i dispositivi medici utilizzati per gli interventi invasivi vanno sterilizzati con il programma universale e conservati

in imballaggi monouso o disposti in vassoi con filtro. I dispositivi medici utilizzati per gli interventi non invasivi vanno, se possibile, sterilizzati e stoccati liberi in cassette ermetici alle sostanze nebulizzate. Durante il trattamento

Raccomandazioni sui controlli necessari per l'approntamento dei dispositivi medici sterili

TIPO	COSA?	COME?	QUANDO?	DOCUMENTI	OSSERVAZIONI
CONTROLLO DELLA MACCHINA	Avvio	Controllo visivo (lavaggio, sistema dello sportello, display ecc.)	Tutti i giorni all'inizio del lavoro	Nessuna registrazione necessaria (istruzioni di lavoro)	
	Leakage test (test del vuoto) (se disponibile)	Camera vuota, come da indicazioni del produttore	Una volta alla settimana ^{a)}	Protocollo di sterilizzazione	Registrazione con risultato e visto di approvazione
	Test di penetrazione del vapore (se disponibile) ^{b)}	Test di B&D, programma come da indicazioni del produttore oppure Helix test, programma come da indicazioni del produttore	Tutti i giorni in caso di sterilizzazione a intervalli regolari di prodotti porosi Almeno una volta alla settimana	Protocollo di sterilizzazione	Registrazione con risultato e visto
CONTROLLO DEL TRATTAMENTO	Indicatori di pro-cesso	Apporre su ogni imballaggio, se non è già stampato	Ogni carico, ogni imballaggio	Nessuna registrazione necessaria (istruzioni di lavoro)	
	Etichettatura	Indicare la data della sterilizzazione e il numero di carico (se già noto), nonché il contenuto (se non visibile) sull'imballaggio	Ogni carico, ogni imballaggio	Nessuna registrazione necessaria (istruzioni di lavoro)	
	Controllo dell'imballaggio	Controllare che le saldature siano continue, controllare che i contenitori e i vassoi siano chiusi correttamente	Ogni carico, ogni imballaggio	Nessuna registrazione necessaria (istruzioni di lavoro)	
CONTROLLO DEL CARICO	Rilascio	Assegnare al carico un indicatore chimico della classe 5 o 6, utilizzare un dispositivo di controllo del processo (PCD) in caso di sterilizzazione di un corpo cavo) ^{b)}	Ogni carico	Protocollo di sterilizzazione	Registrazione con risultato e visto
	Stampa del processo	Controllare la conformità dei parametri del processo stampato, apporre il visto	Subito al termine del programma	Archiviare la stampa del processo in un raccogliatore protocollo di sterilizzazione	Registrazione con risultato e visto
	Imballaggi	Controllare l'integrità degli imballaggi, controllare gli indicatori di trattamento riportati sugli imballaggi	Subito al termine del programma	Protocollo di sterilizzazione	Registrazione con risultato e visto
CONTROLLO DEI PRODOTTI STERILI	Rilascio per l'uso	Controllare l'integrità degli imballaggi, osservare la data di scadenza	Sempre prima dell'uso	Se necessario, modifica del protocollo di sterilizzazione	In caso di modifica, registrazione con risultato e visto

^{a)} Almeno tre volte al mese (CEN ISO TS 17665-2:2009, tab. A3).

^{b)} Possibile combinazione utilizzando un sistema di monitoraggio del carico (BMS, Batch Monitoring System).

questi cassette non vengono aperti; una volta al mese vengono svuotati e disinfettati, e il contenuto viene sterilizzato, disinfettato o eliminato.

I manipoli e i contrangoli vengono pre-lavati meccanicamente e disinfettati, quelli per gli interventi chirurgici imballati e sterilizzati.

Convalida

La convalida serve a confermare che l'apparecchio è installato correttamente e può essere utilizzato, e che la procedura può essere eseguita efficacemente. La convalida comprende tre procedimenti: verifica dell'installazione, verifica della funzionalità, verifica delle prestazioni.

Per semplicità, la prima convalida è eseguita al momento della consegna, successivamente con ogni carico viene utilizzato un dispositivo di prova (Helix test) con un indicatore chimico della classe 5 o 6; in questo modo si può avere la prova della corretta penetrazione del vapore e quindi della corretta sterilizzazione.

Disinfezione delle superfici

Durante il trattamento del paziente la zona in cui si opera può essere contaminata per nebulizzazione e tramite contatto con saliva mista a sangue. Quando il paziente lascia il locale e prima che arrivi il paziente successivo occorre decontami-

nare le superfici di lavoro e i mobili contaminati utilizzando un disinfettante adeguato e ammesso in Svizzera. A tale scopo eseguire una disinfezione per strofinamento: con un panno monouso imbevuto di disinfettante trattare meccanicamente e a fondo le superfici.

Disinfezione di calchi, protesi e pezzi lavorati

Per disinfettare i calchi, le protesi e i pezzi lavorati si prestano sia la disinfezione per nebulizzazione in un sistema chiuso, che la disinfezione per immersione. Occorre comunque sempre rispettare le indicazioni del produttore sulla concentrazione e sul tempo d'azione del disinfettante e considerare la compatibilità dei materiali. L'ideale è inserire l'oggetto disinfettato in una busta trasparente, a conferma dell'avvenuta attuazione della misura d'igiene. La procedura e la marcatura dei pezzi disinfettati va concordata con l'odontotecnico.

Il circuito idrico del riunito

Se il riunito non è dotato di un impianto di disinfezione funzionante, il suo circuito idrico può essere contaminato da batteri provenienti dal cavo orale del paziente o da germi presenti nell'acqua (per es. la *Pseudomonas aeruginosa* o la *Legio-*

nella pneumophila). La popolazione di germi può essere ridotta lasciando scorrere l'acqua da tutti i punti di uscita per almeno tre minuti, sia al mattino che dopo lunghi periodi d'inutilizzo.

In caso d'interventi invasivi non viene utilizzata l'acqua del riunito, ma esclusivamente una soluzione di risciacquo sterile.

Smaltimento dei rifiuti

I rifiuti che non presentano alcun rischio d'infezione e di ferimento, come le salviette, il materiale d'imballaggio ecc., vengono eliminati come i normali rifiuti domestici.

I rifiuti solidi che presentano un rischio d'infezione, per esempio i tamponi sporchi di sangue o saliva ecc., vengono smaltiti con il sistema del doppio sacco: vengono raccolti in un sacchetto di plastica nel luogo in cui vengono prodotti e poi messi nei normali sacchi della spazzatura. La saliva e il sangue vengono smaltiti, senza disinfezione, attraverso le canalizzazioni.

I rifiuti acuminati e taglienti che possono causare ferite (cannule, scalpelli ecc.), vengono raccolti e smaltiti in contenitori non perforabili, stagni, chiudibili e contrassegnati. I residui di amalgama rimossi dal cavo orale del paziente vanno messi in un recipiente contenente un disinfettante. Prima di smaltirli, vanno fatti decantare.

Schema di processo (validazione)

VERIFICA DELL'INSTALLAZIONE ALLARICEZIONE	INSTALLAZIONE CORRETTA E INFORMAZIONI PER UN FUNZIONAMENTO SICURO	- I documenti necessari sono tutti disponibili? - L'apparecchio è installato in maniera corretta? - La qualità dell'acqua è idonea? - I programmi di sterilizzazione necessari sono disponibili?
VERIFICA DELLA FUNZIONALITÀ	FUNZIONAMENTO CORRETTO	- Le sonde di pressione/temperatura sono tarate correttamente? - Il sistema è a tenuta? - I sistemi di sicurezza/riconoscimento degli errori funzionano? - I test del vuoto e di penetrazione del vapore sono a posto?
VERIFICA DELLE PRESTAZIONI	PARAMETRI DI STERILIZZAZIONE ADEGUATI	- I valori di tempo, pressione e temperatura durante 3 carichi di riferimento sono a posto? - Dopo la sterilizzazione, i prodotti sono asciutti? - Gli imballaggi che contengono i prodotti sono danneggiati?

Rapporto:

- definizione delle misure correttive necessarie
- definizione delle misure per i controlli di routine

4. Bibliografia

Guggenheim B, Wiehl P: Hygienegerechtes Praxiskonzept (I). Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 103: 179–181 (1993).

Guggenheim B, Baumann M A, Field E A: Händehygiene und Händeschutz. Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 104: 771–775 (1994).

Guggenheim B, Mombelli A, Wiehl P: Sterilisation in der zahnärztlichen Praxis: Definitionen, Verfahren, Euro-Normen und Empfehlungen. Schweiz. Monats-schr. Zahnmed. 109: 1061–1072 (1999).

Guggenheim B, Weiss M: Praxisgerechte Wiederaufbereitung und Validierung von Aufbereitungsprozessen. Schweiz. Mo-natsschr. Zahnmed. 120: 446–449 (2010).

Häsler P-A: Gestion des déchets au cabinet dentaire. Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 105: 1047–1057 (1995).

Häsler P-A: Abfall-Entsorgung in der Zahnarztpraxis. Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 105: 1058–1062 (1995).

Jost M, Francioli P, Iten A, Jost J, Cartier B, Rüegger M: Verhütung blutübertragener Infektionen im Gesundheitswesen. SUVA, Arbeitsmedizin Nr. 30, Luzern (1997).

Widmer H R, Siegrist H H: Die Sterilisation in der Arzt- und Zahnarztpraxis. Swiss-NOSO, Band 2/Nr. 3: 17–18 (1995).

Wiehl P, Guggenheim B: Hygienegerechtes Praxiskonzept (II). Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 103: 1127–1140 (1993).

Wiehl P: Aktive Schutzmassnahmen: Desinfektion (Hygienegerechtes Praxiskonzept III). Schweiz. Monatsschr. Zahn-med. 106: 701–715 (1996).

Modulo didattico sull'igiene nello studio odontoiatrico: www.sso.ch (corso sull'igiene nello studio odontoiatrico)

Legge federale sui medicinali e i dispositivi medici del 15 dicembre 2000 (Legge sugli agenti terapeutici, LATer, RS 812.21, stato: 1 gennaio 2014): www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20002716/index.html

Ordinanza sulle epidemie del 29 aprile 2015 (OE, RS 818.101.1, stato: 1 gennaio 2025): <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2015/298/it>

Ordinanza relativa ai dispositivi medici del 17 ottobre 2001 (ODmed, RS 812.213, stato: 1 gennaio 2014): www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19995459/index.html

Buona prassi di approntamento di dispositivi medici per gli studi medici e odontoiatrici nonché altri utilizzatori di piccole sterilizzatrici a vapore saturo (Istruzione BPPS, versione 1.0i/aprile 2010) www.swissmedic.ch

5. Autori delle linee guida relative alle misure d'igiene nello studio odontoiatrico

1ª edizione (1999)

Pierre Baehni, Ginevra
Danilo Dotesio, Bioggio
Enrico Ferrari, Pfäffikon
Bernhard Guggenheim, Zurigo
Jürg Meyer, Basilea
Andrea Mombelli, Ginevra
Serge Roh, Sierre

2ª edizione (2005)

Pierre Baehni, Ginevra
Danilo Dotesio, Bioggio
Enrico Ferrari, Pfäffikon
Bernhard Guggenheim, Zurigo
Jürg Meyer, Basilea
Andrea Mombelli, Ginevra
Serge Roh, Sierre
Peter Suter, Beromünster

3ª edizione

Markus Grassi, Langnau
Bernhard Guggenheim, Zurigo
Rolf Hess, Amriswil
Reto Lauper, Pambio-Noranco
Jürg Meyer, Basilea
Andrea Mombelli, Ginevra
Serge Roh, Sierre

Redazione

Jürg Meyer, Basilea

Allegato 1

Piano di igiene

Cosa? Campo di applicazione		Con che cosa? Disinfettante	Come? Utilizzo	Per quanto tempo? Durata	Perché? Momento in cui va utilizzato	Steriliz- zazione	Stoccag- gio
Mani igienica chirurgica							
Abiti protettivi							
Dispositivi medici							
Vassoi							
Trapani, frese diamantate, pietre Arkansas, lucidatrici al silicone							
Strumenti per lucidare al carburo di silicio, lucidatrici in gomma, spazzoline per lucidare							
Strumenti endodontici impugnature plastica/ metallo codifica colore							
Manipoli e contrangoli							
Turbine							
Rifiuti	generali acuminati/ taglienti						
Superfici	vassoio tavolo orien- tabile armadi, impu- gnatura comandi pog- giatesta braccioli sputacchiera						
Pavimenti							
Protesi							
Impronte							
Modelli							
Impianto di aspirazione							

Allegato 2

Verbale infortuni per ferite professionali

1. Dati personali del collaboratore

Cognome:	Nome:		
Sesso:	Data di nascita:		
Professione/funzione:			
Assunto/a il:	Esperienza professionale dopo gli studi		 anni
Vaccinazione epatite B	☐ sì	☐ no	Ultima vaccinazione:
			Titolo:

2. Tipo di ferita

Data dell'infortunio:	Ora:	Luogo:
Descrizione dettagliata delle circostanze dell'infortunio:		
A suo avviso, l'infortunio avrebbe potuto essere evitato?		
☐ sì ☐ no		
Se sì, in che modo:		
Circostanze	Ferita causata da	Contaminazione con
Ferita		
☐ superficiale (graffio)	☐ ago per iniezioni	☐ sangue
☐ profonda (sanguinamento)	☐ ago di sutura	☐ fluido biologico (con sangue visibile)
Esposizione delle mucose		
☐ bocca		
☐ occhi	☐ scalpello	☐ fluido biologico (nessun sangue visibile)
		Se del caso, che fluido biologico?
Esposizione della pelle		
☐ Pelle intatta con tempo di contatto prolungato min.		☐ Altre, quali?
Pelle lesionata (descrivere dettagliatamente):		
In caso di ferita, sull'oggetto che l'ha provocata era visibile del sangue?	☐ sì	☐ no

3. Dati personali del paziente

Cognome:	Nome:		
N. paziente:	Sesso:	Data di nascita:	
Fattori di rischio	Sierologia HIV	Sierologia epatite B	
a) Nessuno	☐ positiva	☐ HBsAg	☐ HBeAG
b) Dipendenza da droghe	☐ negativa	☐ positiva	☐ positiva
c) Omosessualità	☐ sconosciuta	☐ negativo	☐ negativa
d) Partner positivo all'HIV	Se positiva:	☐ sconosciuta	☐ sconosciuta
e) Politransfusione	assume ZDV (zidovudina)?		
f) Paese con alta prevalenza di HIV	☐ sì ☐ no		
g) Altro	Stadio d'infezione HIV I, III, IV come da classificazione CDC		
	Bollettino UFSP n. 36, 586, 1992		