

Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

ANNO VIII
N. 2 - 2021



La violenza sulle donne

FEMMINICIDI E CHIACCHIERE



Case report

Agenesia dei laterali superiori: un'alternativa alla terapia implantare

La letteratura recente ci ha fornito dati significativi sul fatto che le ossa dei mascellari e i denti continuino il loro sviluppo per tutta la vita

Coi-Aiog

L'odontoiatria s'interroga: qual è il presente e quale sarà il futuro?

Maria Grazia Cannarozzo:
"Il congresso di Palermo previsto per giugno è un'ambiziosa scommessa in tempi di pandemia"

Intervento

Riflessioni economiche (e non solo) sullo studio odontoiatrico

Il consulente Pietro Paolo Mastinu:
"Proviamo a guardare la realtà con la lente del professionista e poi con lottica dell'imprenditore"

ANCORA FEMMINICIDI
ANCORA... TANTE CHIACCHIERE

di **Giulio C. Leghissa**
SEGRETARIO GENERALE SIOD

Dopo solo due mesi del 2021, sono 12 le donne che sono state uccise da un uomo. Un dramma che non si arresta, quello della violenza sulle donne. Un dramma che ha radici lontane e che indica il livello di inciviltà ancora presente nel nostro Paese. Perché dietro la violenza c'è l'idea di proprietà, di possesso, di potere. "La MIA donna".

La donna è SUA, della donna stessa e di nessun altro. Così come suo è il suo corpo, la sua mente, i suoi desideri, le sue speranze. Nessuno ha il diritto di prevaricare, di imporre, anche con la forza. È il retaggio di un mondo antico, dell'idea che "l'uomo" è forte, è padrone. E chi non la pensa come lui va disprezzato, va colpito, va eliminato. E così si picchiano gli omosessuali, si usa la violenza contro gli avversari politici, si aggrediscono i diversi.

La matrice è sempre la stessa: ignoranza e vigliaccheria che si scatenano contro il più debole. Non sono uomini veri, sono vigliacchi e mascalzoni che vanno isolati e condannati. Senza tante chiacchiere: "le donne devono denunciare, devono gridare contro i loro aguzzini". E poi? Quante donne sono andate a denunciare e si sono sentite rispondere: "questa sera dorma fuori casa, poi vedremo". Fuori casa... dove? E poi vedremo cosa? Nei casi di violenza l'intervento deve essere tempestivo e deve SUBITO mettere la donna in sicurezza.

Ma in che Paese viviamo, dove non si ha il coraggio di fare una legge contro l'omofobia?

Perché non vengono perseguiti i funzionari pubblici che non hanno fatto nulla a fronte delle denunce delle donne?

E, soprattutto, perché gli uomini non sentono il dovere di partecipare alle mobilitazioni delle donne contro la violenza perpetuata dagli uomini?

Odontoiatria
Team at Work

N. 2 - 2021

4



17



24



- 4 NEWS & LETTERATURA
GBR QUANDO SI INSERISCE L'IMPIANTO:
MAGGIORE STABILITÀ NEL TEMPO
TASCHE RESIDUE. SI PUÒ FARE DI PIÙ
- 5 NEWS & LETTERATURA
IMPIANTI OSTEOINTEGRATI,
VANTAGGI PER LA PROTESI...
...E PROCESSI DI GUARIGIONE POST TRAUMA
- 6 AGENESIA DEI LATERALI SUPERIORI: APPROCCIO
ALTERNATIVO ALLA TERAPIA IMPLANTARE
- 10 NEUROPRASSIA DEL NERVO ALVEOLARE
INFERIORE: TRATTAMENTO MEDIANTE MYOGEN®
- 17 ODONTOIATRIA: QUALE PRESENTE, QUALE FUTURO
A PALERMO IL CONGRESSO COI-AIOG
- 19 COM -IL SALUTO DI LEONE PRATICÒ
- 20 RAGIONAMENTI ECONOMICI (E NON)
SULL'ATTIVITÀ ODONTOIATRICA
- 24 SIASO - CHI LAVA I CAMICI DEGLI ASO?
E QUELLI DEGLI ODONTOIATRI?
- 26 MUSICISTI E PENSATORI ITALIANI:
GIANNI MIMMO, UN COSMOPOLITA

La squadra della rivista



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



FULVIA MAGENGA
ASO

Il board editoriale

Mirella Baldoni (odontoiatra)	(professore universitario)
Federico Biglioli (professore universitario)	Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)
Marialice Boldi (igienista dentale)	Ernesto Rapisarda (professore universitario)
Anna Botteri (economia/fisco)	Lia Rimondini (professore universitario)
Maria Grazia Cannarozzo (odontoiatra)	Eugenio Romeo (professore universitario)
Antonio Carrassi (professore universitario)	Andrea Sardella (professore universitario)
Stefano Cavagna (odontoiatra)	Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)
Silvia Cavallini (chinesiologa clinica)	Tiziano Testori (odontoiatra)
Luigi Checchi (professore universitario)	Carlo Tinti (odontoiatra)
Stefano Daniele (odontoiatra)	Fabio Tosolin (psicologo)
Luca Francetti (professore universitario)	Serban Tovar (professore universitario)
Pietro Paolo Mastinu (Presidente Antamop)	Leonardo Trombelli (professore universitario)
Mauro Merli (odontoiatra)	Filippo Turchet Casanova (odontoiatra)
Lucio Montebugnoli	Roberto Weinstein (professore universitario)

Odontoiatria - Team at Work
Periodico d'informazione
Registrato presso il Tribunale
di Milano
22/05/2014 - N.197
Editore Otaw Srl
via Raffaello, 31/A - Milano
redazione@otaw.it

Direttore Responsabile
e Direttore scientifico
Giulio Cesare Leghissa
giulio.leghissa@gmail.com

Redazione: 2C Edizioni Srl
via Albani, 21 - Milano
segreteria@2cedizioni.it
Progetto grafico: Studio Migual
piazza Veladini, 4 - Brugherio
studio@migual.it



S I A S O

SINDACATO ITALIANO ASSISTENTI STUDIO ODONTOIATRICI

ADERENTE A **confsal**

HENRY SCHEIN®

Krugg

straumann

BONE®
SYSTEM

Geistlich
Biomaterials

kuraray

Noritake

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

RS MILANO	RS DI SPAIRANI
	OTTICHE & ILLUMINAZIONE SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA VIA SAVONA, 41 20144 MILANO
www.rsmilano.it	
02 474369	sede@rsmilano.it

NEWS & LETTERATURA

Cairo F, Nieri M, Cavalcanti R, et al. Marginal soft tissue recession after lateral guided bone regeneration at implant site: A long-term study with at least 5 years of loading. *Clinical Oral Implants Research*. 2020 Nov;31(11):1116-1124. DOI: 10.1111/clr.13658

GBR quando si inserisce l'impianto: maggiore stabilità nel tempo

Leggiamo di uno studio che ha valutato il grado di stabilità dei tessuti perimplantari dopo cinque anni dal carico protesico, nei casi in cui fosse stata fatta rigenerazione guidata dei tessuti (GBR) contemporaneamente all'inserimento implantare.

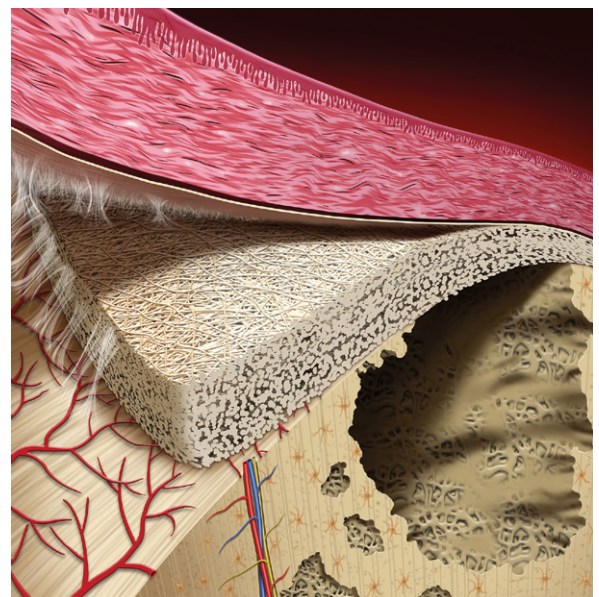
Lo studio include 96 pazienti e 195 impianti. I pazienti sono stati richiamati per la terapia di mantenimento circa due volte l'anno. Oltre a non essere stato riportato alcun fallimento implantare, gli autori hanno valutato la stabilità dei tessuti misurando la recessione dei tessuti molli.

Sono state riportate dagli autori alcune associazioni: la presenza di recessioni era collegata in modo

statisticamente significativo all'utilizzo di membrana non riassorbibile e in modo rilevante alla presenza di impianti con diametro largo (ovvero un diametro compreso tra i 4,8 e i 6,5 mm). Innestare del tessuto molle contestualmente all'inserimento dell'impianto (e dunque prima della fase protesica) ha garantito una più lunga e predicibile stabilità dei tessuti attorno all'impianto.

Sembra essere ancora una volta confermata la possibilità di ottenere un buon risultato rigenerando contestualmente all'inserimento dell'impianto qualora fosse necessario.

a cura di Filippo Turchet Casanova



Wang CY, Yang YH, Li H, Lin PY, Su YT, Kuo MY, Tu YK. Adjunctive local treatments for patients with residual pockets during supportive periodontal care: A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2020 Dec;47(12):1496-1510. doi: 10.1111/jcpe.13379. Epub 2020 Nov 9. PMID: 33010026

Tasche Residue. Si può fare di più

Le reliquie della terapia parodontale possono essere migliorate dalla sola terapia di supporto? O si possono aggiungere antimicrobici locali alla terapia di supporto per migliorare la situazione?

Questa revisione con meta-analisi esamina questa possibilità.

Gli autori hanno comparato i risultati (in termini di guadagno di attacco clinico e riduzione della profondità di sondaggio) offerti da questa possibilità di trattamento aggiuntivo, partendo da oltre 2400 articoli e arrivando a 22 lavori, confrontandoli con il tradizionale scaling e root planing. L'orizzonte temporale dell'osservazione è stato di

sei mesi. Tra tutti i vari antimicrobici esaminati (doxiciclina, Minociclina, metronidazolo) si sono rivelati particolarmente efficaci due Antisettici: la tetraciclina in fibre e le chips di clorexidina, che durante il periodo di follow-up hanno avuto l'effetto di ridurre, combinate con la normale seduta di igiene, di 0,65 mm (clorexidina) e 0,64 mm (tetraciclina) la profondità di sondaggio.

È sicuramente un importante lavoro che fornisce al clinico una ulteriore arma per ottenere dei migliori risultati dalla terapia parodontale non chirurgica.

a cura di Filippo Turchet Casanova



NEWS & LETTERATURA

Mandibular two-implant overdentures with CAD-CAM milled bars with distal extensions or retentive anchors: a randomized controlled trial CAD-CAM Milled bar with distal extensions Murali Srinivasan, Martin Schimmel, Ramona Buser, Sabrina Maniewicz, François R. Herrmann & Frauke Müller

Impianti osteointegrati, vantaggi per la protesi...

Siamo a conoscenza di come gravi atrofie ossee mandibolari nei pazienti edentuli possano compromettere la stabilità dei nostri manufatti creando problemi di ritenzione, stabilità, supporto, fino alla capacità masticatoria e la vita sociale dei pazienti. È ormai assodato che l'inserimento di impianti osteointegrati, migliori indiscutibilmente la stabilità della protesi. Scopo dello studio è stato confrontare 40 pazienti suddi-

visi in due gruppi con protesi convenzionale su overdenture contro impianti stabilizzati con barra fresata al CAD CAM. Nel breve periodo a 2 settimane, 6 mesi, 1 anno, l'efficienza della masticazione, il livello osseo perimplantare, l'indice di soddisfazione dimostrano che non vi è differenza tra i due sistemi di ancoraggio nel breve periodo di studio.

a cura di Mirella Baldoni



Questa la PEC inviata in data 18 marzo 2021 dal SIOD (Sindacato Italiano Odontoiatria Democratica) al Ministro Speranza, riguardante il protocollo di intesa firmato con i "rappresentanti degli odontoiatri"

La "disattenzione" del Ministero della Salute



Alla cortese attenzione del Ministro Roberto Speranza.

Ill.mo Ministro Roberto Speranza,

veniamo a conoscenza di un

accordo firmato dal Ministero della Salute e da alcuni sindacati di odontoiatri, che alleghiamo. Ancora una volta dobbiamo rilevare che il Sindacato Italiano di Odontoiatria Democratica che io mi onoro di rappresentare non è stato informato né tantomeno consultato su tale accordo.

Vorremmo sapere sulla base di quale criterio un sindacato viene escluso dalla partecipazione alle decisioni del Ministero della Salute che coinvolgono invece altri sindacati. Il SIOD ha già dovuto fare presente questa disattenzione a proposito del tavolo di lavoro per la revisione del DPCM che ha istituito il profilo dell'ASO e il percorso di studi obbligatorio pubblicato su GU il 06/04/2018. Fortunatamente è stato alla fine coinvolto permettendo così di stoppare una manovra da parte di alcuni sindacati che volevano modificare il testo del DPCM dequalificando la figura

dell'ASO, così come anche convenuto dal Ministero dell'Istruzione e del Lavoro.

Anche in questo caso dobbiamo purtroppo rilevare come l'accordo sottoscritto per la eventuale partecipazione degli odontoiatri alla campagna vaccinale contro il Sars Cov 2 sia fumoso e totalmente inattuabile, così come formulato.

Proprio per la consapevolezza della vitale importanza della popolazione del nostro Paese di ricevere una rapida e larga opportunità di accesso alle vaccinazioni, riteniamo sarebbe necessario rivedere il testo di questo accordo rendendolo praticamente attuabile.

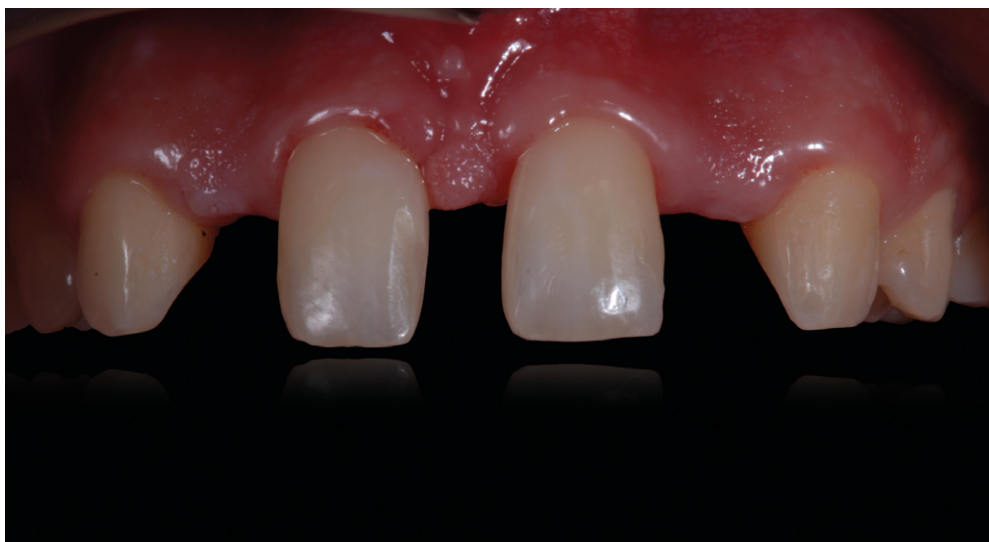
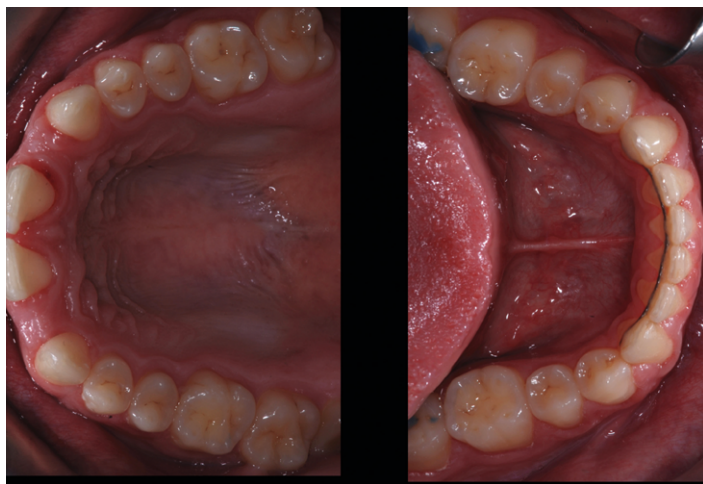
Distinti saluti,

Giulio C. Leghissa –
Segretario Generale SIOD
giulio.leghissa@gmail.com

AGENESIA DEI LATERALI SUPERIORI: UN APPROCCIO ALTERNATIVO ALLA TERAPIA IMPLANTARE

a cura di **Alessandro Broccaioli**

ODONTOIATRA E BIOLOGO
INFO@STUDIOBROCCAIOLI.IT



La terapia implantare è un modo efficace e predicibile di sostituire i denti persi o di colmare gli spazi di denti mai nati.

Prima dell'avvento degli impianti si utilizzava la protesi tradizionale e, nel caso delle agenesie, i Maryland bridge in metallo ceramica con 2 retainer erano un'ottima soluzione.

I vantaggi erano la preparazione dentale minima - 10% contro il 60% di una preparazione per corone - (1), i margini della preparazione sopragengivali e non dover ricorrere alla chirurgia. Gli svantaggi erano invece l'estetica dei denti pilastro - il colore grigio del metallo dei retainers scuriva i denti di appoggio - e in particolar modo la decementazione

che secondo la letteratura avveniva a 5 anni in circa il 14% dei pazienti (2).

Nell'era dell'implantologia questo tipo di soluzioni sono cadute in disuso e gli impianti dentali sono stati proposti a pazienti ancora in crescita sottostimando le conseguenze.

La letteratura recente ci ha fornito dati significativi sul fatto che le ossa dei mascellari e i denti continuano il loro sviluppo per tutta la vita dell'individuo (3) soprattutto se l'occlusione non è stabile (4,5). Il che diventa un problema qualora si posizionino impianti a fianco di denti naturali, soprattutto nella zona anteriore del mascellare superiore con una prevalenza nel sesso femminile e nei soggetti di tipo "long face".

Gli impianti, essendo in anchilosi funzionale, con il passare del tempo rimangono in infraocclusione rispetto ai denti naturali, determinando un disallineamento e provocando un grave difetto estetico (6, 7).

Con l'avvento dell'odontoiatria adesiva si è rivalutato l'utilizzo del Maryland bridge, migliorando le tecniche e rinnovando i materiali, ovvero con un approccio minimamente invasivo e metal-free (8).

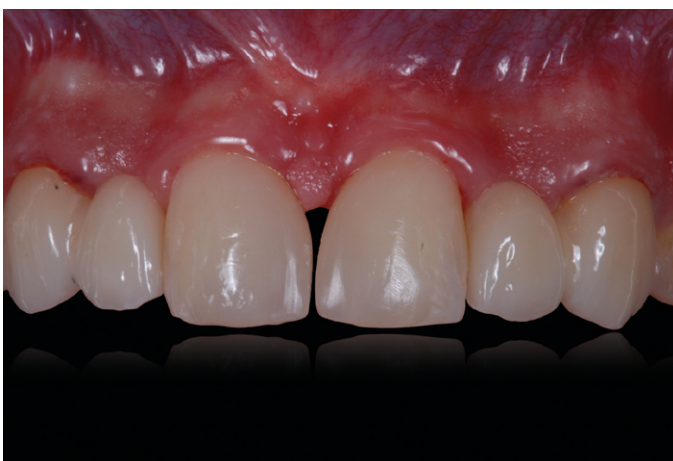
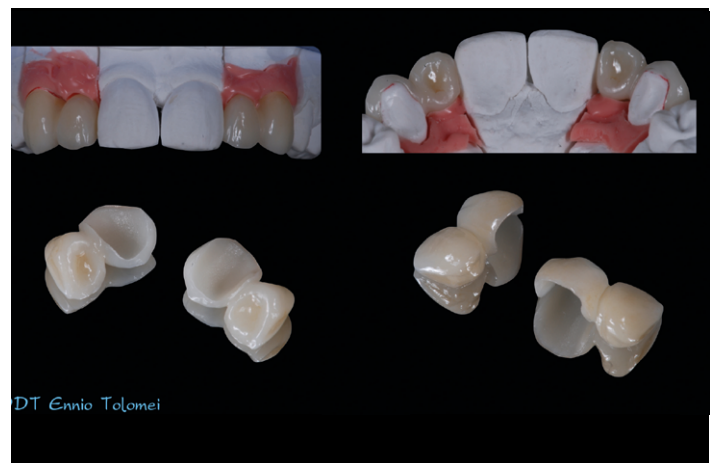
Riccardo, 19 anni, è arrivato alla mia osservazione a causa della decementazione dei 2 Maryland bridge in metallo ceramica per colmare l'agenesia degli elementi 12 e 22.

Al paziente era stato proposto l'inseri-

mento di 2 impianti, ma il timore di un intervento chirurgico lo ha portato a cercare altre soluzioni.

Alla fine di un trattamento ortodontico eseguito da un altro collega, il ragazzo oltre all'agenesia dei laterali da risolvere presentava un diastema che avevano cercato di limitare e chiudere con un intervento di frenulectomia e con un otturazione mesiale sull'elemento 11.

Dall'anamnesi medica Riccardo non aveva patologie. Dall'esame obiettivo odontostomatologico ho notato microdonzia, mobilità dei 2 incisivi centrali superiori di grado 2 sia vestibolo-palatale che mesio-distale. I denti in questione non avevano sondaggio patologico né accusavano trauma occlusale. A causa





Sindacato Italiano Assistenti
di Studio Odontoiatrico

ADERENTE A



Dal 2007 in prima linea
per il riconoscimento,
la conquista e la difesa
dei diritti della **figura
professionale dell'ASO**

SERVIZI AI TESSERATI

Difesa legale
Consulenza del Lavoro
Aggiornamento Professionale
Rappresentanza della Categoria

S.I.A.S.O. è un'associazione
sindacale autonoma libera,
democratica, apartitica
e senza scopo di lucro



SIASO.IT



segreteria@siaso.it

Seguici su





della mancanza delle cuspidi dei canini, la guida in lateralità destra e sinistra era di gruppo e coinvolgeva, oltre che i canini, i premolari e gli elementi sospesi dei 2 Maryland bridge. La guida in protrusiva era assente per un aumentato overjet. Il mio piano di trattamento ha previsto 2 faccette addizionali in ceramica feldspatica per chiudere il diastema e 2 Maryland bridge in disilicato di litio con 1 retainer modificato. Infatti questo elemento di ancoraggio, al posto di essere

palatale ai canini, è diventato una faccetta con il fine di modificarne la forma, fungendo quindi sia da elemento estetico che funzionale.

In letteratura ormai è consolidato il fatto che i Maryland Bridge con un retainer - cosiddetti a un'ala - subiscono meno decementazioni rispetto a quelli con due (9).

Il disilicato di litio presenta una resistenza superiore alla ceramica feldspatica e inferiore alla zirconia, ma rispetto a quest'ultima ha il vantaggio di poter essere cementato in modo adesivo al dente.

La progettazione del manufatto ha previsto quindi un connettore tra faccetta e dente a sbalzo di circa 8,75 mm².

Inoltre il disilicato di litio è presente in commercio con 3 gradi di traslucenza in

modo da soddisfare tutti i tipi di esigenze estetiche (LT, MT, HT) (10).

In conclusione, l'approccio minimamente invasivo e la protesi adesiva possono risolvere perfettamente l'agenesia degli incisivi laterali superiori, evitando rischi di insuccesso a medio-lungo termine a cui si può andare incontro utilizzando la chirurgia implantare. Comunque l'utilizzo degli impianti in questi casi è un'ipotesi da non scartare, rispettando però le indicazioni della letteratura.

Concludo ringraziando la mia ASO Adriana Pirola per l'aiuto continuo di supporto al mio lavoro. Ringrazio il mio odontotecnico Ennio Tolomei per la dedizione nel suo lavoro.

Ringrazio la dottpressa Monica Imelio e il Dott. Roberto Perasso per avermi dato consigli durante lo svolgimento del caso.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ries S, Wolz J, Richter EJ. Effect of design of all-ceramic resin-bonded fixed partial dentures on clinical survival rate. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2006 Apr;26(2):143-9.
- 2) Pjetursson BE, Tan WC, Tan K, Brägger U, Zwahlen M, Lang NP. A systematic review of the survival and complication rates of resin-bonded bridges after an observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res* 2008;19(2):131-41.
- 3) Cocchetto R. Essay IV: Ongoing alveolar growth, continuous tooth eruption, and implants. *Int J Esthet Dent.* 2020;15 Suppl 1:S88-S97.
- 4) Nilsson A, Johansson LÅ, Stenport VF, Wennerberg A, Ekfeldt A. Infraposition of anterior maxillary

- implant-supported single-tooth restorations in adolescent and adult patients – A prospective follow-up study up to 6 years. *Clin Implant Dent Relat Res* 2019;21:953–959.
- 5) Fudalej P, Kokich VG, Leroux B. Determining the cessation of vertical growth of the craniofacial structures to facilitate placement of single-tooth implants. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007;131(4 suppl):S59–S67.
- 6) Sennerby L, Odman J, Lekholm U, Thilander B. Tissue reactions towards titanium implants inserted in growing jaws. A histological study in the pig. *Clin Oral Implants Res* 1993;4:65–75.
- 7) Thilander B, Odman J, Gröndahl K, Friberg B. Osseointegrated implants in adolescents. An alternative

- in replacing missing teeth? *Eur J Orthod* 1994;16: 84–95.
- 8) Zitzmann, Nicola U; Özcan, Mutlu; Scherrer, Susanne S; Bühler, Julia M; Weiger, Roland; Krastl, Gabriel (2015). Resin-bonded restorations: a strategy for managing anterior tooth loss in adolescence. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 113(4):270-6.
- 9) Mourshed B, Samran A, Alfagih A, Samran A, Abdulrab S, Kern M. Anterior Cantilever Resin-Bonded Fixed Dental Prostheses: A Review of the Literature. *J Prosthodont.* 2018 Mar;27(3):266-275. doi: 10.1111/jopr.12555. Epub 2016 Nov 4.
- 10) Zarone F, Di Mauro MI, Ausiello P, Ruggiero G, Sorrentino R. Current status on lithium disilicate and zirconia: a narrative review. *BMC Oral Health.* 2019 Jul 4;19(1):134.

CASE REPORT: NEUROPRASSIA DEL NERVO ALVEOLARE INFERIORE TRATTAMENTO MEDIANTE MYOGEN®

a cura di **V. Genitoni**
DBM, MEDICINA TRADIZIONALE CINESE, NEO-MEDICA
a cura di **G. Genitoni**
MASSO TERAPISTA, NEO-MEDICA
a cura di **A. Pincini**
ODONTOIATRA, LIBERO PROFESSIONISTA
a cura di **S. Cavagna**
ODONTOSTOMATOLOGO, LIBERO PROFESSIONISTA
DR.STECAV@GMAIL.COM

*"Riceviamo questo case-report che decidiamo di pubblicare nonostante:
a – la carente documentazione in campo odontoiatrico
b – la modestia della bibliografia di accompagnamento
Perché?*

Perché comunque indica la possibilità di utilizzare una apparecchiatura non invasiva a supporto della terapia di lesioni del nervo alveolare inferiore. Se tale impiego dovesse trovare conferma in nuovi e rigorosi lavori, sarebbe un contributo utile e importante per i traumi nervosi post chirurgici".

Le lesioni al nervo alveolare inferiore sono purtroppo una realtà odontoiatrica spesso associata alla chirurgia. Anche nei casi meno gravi (neuroprassia) con reversibilità del danno neurologico, la sintomatologia clinica è invalidante sia dal punto di vista funzionale sia relazionale, con una tempistica risolutiva di alcune settimane e, talvolta, mesi. Il più delle volte vengono utilizzati farmaci cortisonici per ridurre lo stato infiammatorio e, verosimilmente, i tempi di recupero nervoso, ma i glucocorticoidi sono molecole con grandi effetti collaterali, non sempre utilizzabili. I neuro integratori hanno un lieve effetto "ricostituente", spesso con più risvolti in campo medico legale.

MATERIALI E METODI

Scopo di questo lavoro è stato quello di valutare le capacità rigenerative tramite una strumentazione innovativa denominata Myogen® che possiede la caratteristica di poter accelerare i processi di riparazione tissutale. L'impiego di tale metodologia, totalmente non-invasiva, consente di risolvere



in tempo reale lo stato infiammatorio locale senza l'utilizzo di farmaci cortisonici e le loro importanti reazioni secondarie sistemiche, che ne limitano l'impiego in molti pazienti.

CENNI ANATOMICI

Il nervo alveolare inferiore è un nervo prevalentemente sensitivo costituito da fibre nervose parallele (centrali/periferiche). Prende origine dal ramo terminale posteriore del nervo mandibolare (terza branca del nervo trigemino, 5° paio dei nervi cranici). Prima di impegnarsi nel canale mandibolare tra il muscolo pterigoideo interno e il ramo della mandibola, è spesso anastomizzato con il nervo linguale, rispetto al quale discende dietro e di

poco lateralmente, e fornisce un ramo milioideo per il muscolo omonimo e il ventre anteriore del digastrico. Percorre quindi il canale mandibolare e, giunto al livello del foro mentoniero si divide nei suoi due rami terminali: il nervo mentoniero e il nervo incisale. Innerva, dunque, gli elementi dentari dell'arcata inferiore (con le sue fibre centrali), parte della gengiva/mucosa vestibolare, la cute del labbro inferiore e del mento (con quelle periferiche).

L'alveolare inferiore e il mentoniero rappresentano, in campo odontoiatrico, i due nervi in ordine di incidenza maggiormente a rischio di lesione; seguono il nervo linguale e il nervo infraorbitario.

BACKGROUND

L'alterazione della funzionalità del nervo alveolare inferiore può manifestarsi con quadri clinici differenti, correlati a prognosi di varia entità: da una leggera parestesia passeggera si può arrivare infatti fino a quadri più complessi con anestesia e disestesia; tali situazioni possono richiedere lunghi tempi di guarigione e non si esclude la possibilità di un danno permanente con conseguente invalidità sia dal punto di vista funzionale che sociale. Le cause possono essere molteplici, ma sono spesso correlate a problematiche chirurgiche: chirurgia degli ottavi inclusi (0,4-25%), posizionamento di impianti dentari (8% circa), seguono le iniezioni per eseguire un'anestesia tronculare, il contatto con materiale endodontico conseguente alla devitalizzazione di un elemento dentario, ascessi dentali.

Cause meno frequenti, ma riportate, sono le manifestazioni locali di patologie sistemiche dismetaboliche o ereditarie, neoplastiche, idiopatiche, così come l'utilizzo di alcuni farmaci e chemioterapici.

Nella maggior parte dei casi, con la prima visita, adjuvata da un esame radiografico (OPT o TAC), è possibile formulare una diagnosi. Nelle forme apparentemente non legate a una evidente causa odontoiatrica sono utili esami di laboratorio come emocromo con formula, proteinemia, immunoglobuline totali e frazionate, catene leggere di tipo kappa e lambda, glicemia ed emoglobina glicata, batteria reumatologica, marcatori paraneoplastici, ormoni tiroidei e anticorpi GH e IgF12, determinazione ematica dell'enzima ACE, che permettono la ricerca di cause sistemiche. L'esame elettromiografico conferma l'entità della lesione e assume efficacia medico legale in caso di contenzioso.

Generalmente il nervo è in grado di "autoripararsi" in quanto le sue fibre ricrescono all'interno del canale osseo che lo contiene. In questo caso non è necessario intervenire chirurgicamente e la ripresa funzionale avviene nel giro di 6-12 mesi, generalmente in modo incompleto. A seconda della gravità del danno subito parliamo di: NEUROPRASSIA nei casi di arresto temporaneo della conduzione nervosa, legata a compressione, stiramento, riscaldamento di un tronco nervoso durante un intervento, all'edema post-operatorio peri neurale, a processi infiammatori o infettivi. L'integrità degli assoni e delle guaine di

rivestimento del nervo permette la risoluzione spontanea in assenza di trattamento (giorni 8/12 settimane), a eccezione della rimozione di eventuali corpi estranei (residui radicolari o di strumenti per osteotomia o estrazione) nel contesto del canale mandibolare e l'associazione farmacologica di supporto per cercare di ridurre i tempi di recupero nervoso e di alleviare l'eventuale sintomatologia algica associata.

ASSONOTMESI nei casi di interruzione anatomica degli assoni con conservazione delle guaine connettivali di rivestimento del nervo. Il moncone nervoso distale (a valle della sezione) va incontro a degenerazione walleriana, mentre il moncone prossimale degenera fino al primo nodo di Ranvier. La rigenerazione nervosa è possibile e riparte dal moncone prossimale integro, alla velocità di circa 1 mm al giorno, seguendo la guida rappresentata dalle guaine nervose integre. La ripresa funzionale può avvenire se la rigenerazione avviene completamente, ma può richiedere diversi mesi.

NEUROTOMESI nei casi di completa interruzione sia degli assoni sia delle guaine di rivestimento del nervo; la degenerazione segue gli schemi precedentemente esposti, mentre la rigenerazione, essendo priva della guida

fornita dalle guaine di rivestimento, può avvenire in modo disordinato con formazione del cosiddetto "neuroma di amputazione" che inficia il ripristino della funzione. Il recupero, qualora si presenti, risulta solitamente lungo e incompleto e può richiedere interventi di microchirurgia con innesti di tessuto nervoso. I reliquati sono dunque quelli legati alla perdita della sensibilità del territorio di innervazione accompagnata o meno da sensazioni dolorose spontanee.

L'International Association for Study of Pain (IASP) distingue i sintomi conseguenti a una lesione nervosa in:

ANESTESIA, ovvero assenza completa di sensibilità nella regione di innervazione.

PARESTESIA, ovvero alterazione della sensibilità nella regione di innervazione.

IPOSTESIA, ovvero diminuita sensibilità a seguito di qualunque stimolo regionale (tattile, termico e dolorifico).

IPERESTESIA, ovvero accentuata sensibilità a seguito di uno stimolo regionale; qualora lo stimolo sia dolorifico, si parla di iperalgesia.

DISESTESIA, ovvero alterazione della sensibilità associata a bruciore/dolore. Tale sensazione, che risulta essere la più sgradevole per il paziente, può essere sia spontanea sia provocata a





FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

Il sistema sbiancante professionale,
un'opportunità in più per il tuo studio



Il segreto



di uno splendido sorriso



seguito dell'applicazione di uno stimolo.

I processi infiammatori legati a problematiche dentarie (ascessi, granulomi apicali, cisti) sono generalmente responsabili di danni reversibili, anche se talvolta sono necessarie alcune settimane. Minore è stato il danno, migliore è il recupero. È pertanto estremamente importante una diagnosi precoce, che permetta un rapido inizio della terapia, rimossa l'eventuale causa scatenante (odontogena). La terapia farmacologica si avvale dell'utilizzo di farmaci corticosteroidi che favoriscono la decompressione del fascio vascolo-nervoso riducendo lo status infiammatorio e l'edema spesso responsabili dell'alterazione della funzionalità nervosa mediante fenomeni di congestione locale, analgici (sintomatici), antibiotici se in presenza di una infezione, eventualmente neuro-integratori, della classe vitaminica B ed E, acido alfa-lipoico con azione antiossidante, farmaci a supporto neuroprotettivi come il DSH (acido docosaesaenico o acido cervonico) che costituisce l'85% della membrana cellulare neuronale. In presenza di disestesia mal tollerata dal paziente si può associare carbamazepina, l'alcolizzazione e la neuroexeresi.

CASE REPORT

Giunge alla nostra osservazione un uomo di 65 anni, diabetico, con sintomatologia dolorosa all'arcata inferiore sinistra, accompagnata da anestesia al labbro inferiore localizzata al distretto cutaneo dal secondo premolare al gruppo incisale anteriore con una debole ipoestesia degli elementi dentari e del fornice gengivale omologo. L'esame intraorale evidenzia una lesione ulcero necrotica che interessa un'area che si estende dal primo molare inferiore al primo premolare con tumefazione del fornice gengivale in corrispondenza dell'apice di 36 e secrezione purulenta alla digitopressione. La valutazione clinica, comparata da una rx OPT, permette di fare diagnosi per un ascesso dentale secondario alla frattura della radice mesiale di 36.

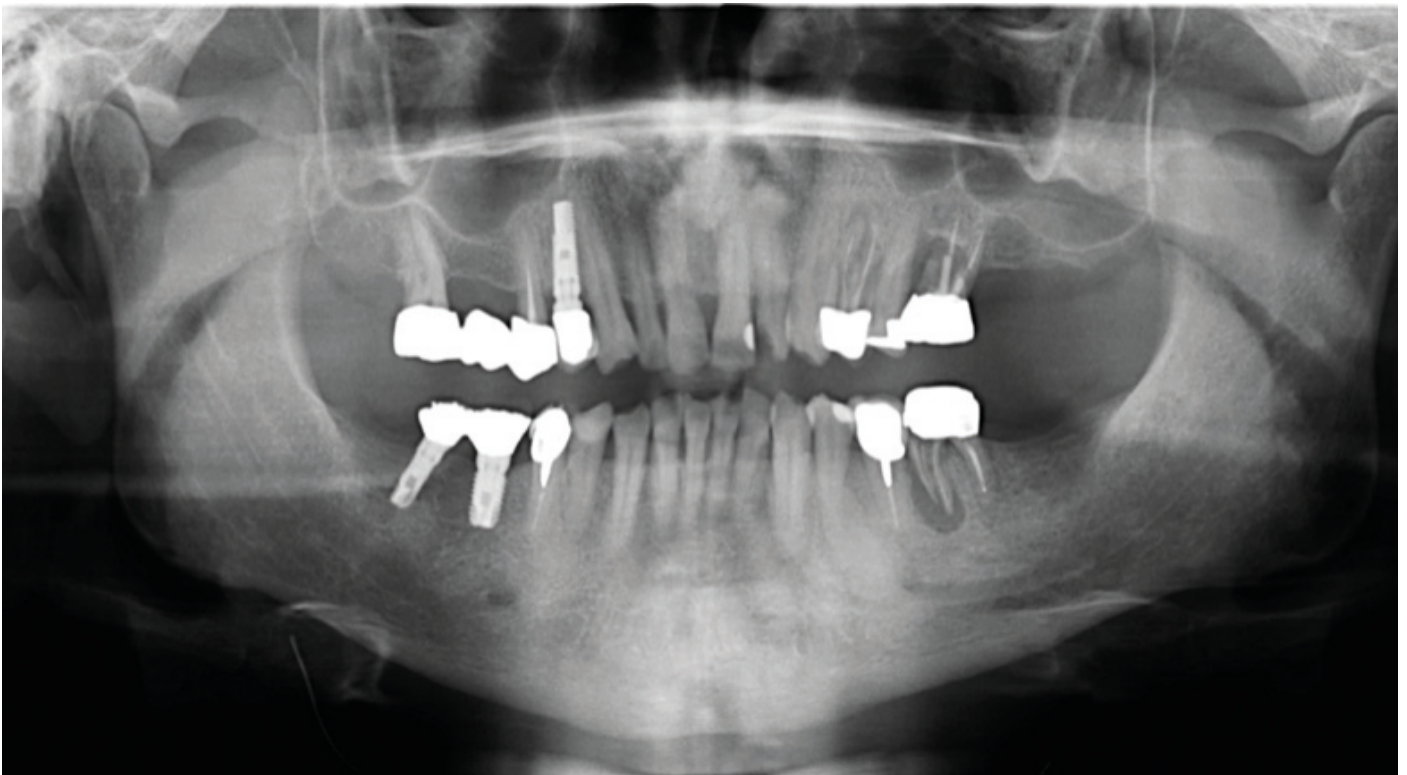
Si programma l'estrazione del primo molare inferiore, previa copertura antibiotica.

L'intervento estrattivo ha richiesto una delicata toielettatura chirurgica dell'area interessata prestando particolare attenzione alla deiscenza in regione del forame mandibolare. Il difetto è stato trattato mediante un lembo a pieno spessore a riposizionamento coronale.

La terapia di supporto farmacologia prevede la continuazione di antibioti-

co per 7 giorni adiuvata da una terapia analgica (paracetamolo + codeina) al bisogno e sciacqui di Clorexidina al 0,2%. La causa e l'entità del danno neurologico suggeriscono per una neuroprassia conseguente alla lesione infiammatoria di 36 e lo stretto rapporto anatomico con l'emergenza del nervo al forame mentoniero. Con queste considerazioni, a causa della condizione glicemica del paziente pari a 317mg/dl in terapia con Gliclazide 30 e Repaglinide 2 mg, ci ha portato a non somministrare cortisone per non sovraccaricare il delicato equilibrio glicemico. Abbiamo pertanto deciso di utilizzare la MYOGEN® per accelerare il processo di guarigione nervosa e ridurre la sintomatologia algica.

Myogen è una apparecchiatura di nuova concezione basata sull'impiego di Intelligenza Artificiale (IA) totalmente concepita, prodotta, certificata e brevettata in Italia. Convenzionalmente i sistemi di terapia fisica erogano quantità discrete di energia sotto forma di differenti caratteristiche fisiche con la finalità di stimolare i tessuti biologici ed evocare una risposta antinfiammatoria ed analgica. Nel caso di Myogen il sistema di IA provvede ad analizzare, tramite l'impiego di una sonda transcutanea, i tessuti coinvolti nella patologia algica per determinare la corretta stimolazione. Questa nuo-



va metodologia non produce nessun tipo di percezione cutanea della stimolazione perché impiega correnti a bassissima intensità (10-500 μ A) e frequenza (0-100 Hz).

Il sistema totalmente automatizzato è in grado di leggere e interpretare, da un punto di vista chimico-fisico, i tessuti, alla ricerca delle alterazioni biochimiche alla base dei meccanismi di polarizzazione tissutale. Il sistema è quindi in grado di controllare, in tempo reale e con assoluta precisione, i processi di tipo flogistico eventualmente legati a un danno tissutale, sia esso di origina endogena che esogena.

Il trattamento dura pochi minuti e consente una immediata risposta al dolore che può essere valutato tramite scala VRS. Nel caso in oggetto, al paziente è stato chiesto, analogamente, di attribuire un punteggio alla ipoestesia. Su una scala da 0 a 10 lo score iniziale è stato collocato dal paziente a un valore di 8, ma già dopo il primo trattamento di pochi minuti, la valutazione della insensibilità era scesa a uno score pari a 3. Il beneficio ottenuto si è mantenuto stabile e nei due trattamenti successivi, avvenuti a distanza di 5 giorni, lo score è sceso a 1 riconsegnando al paziente la piena sensibilità cutanea sia del labbro inferiore che superiore.

Gli elettrodi sono stati collocati per

via transcutanea prossimalmente e distalmente lungo il decorso della terza branca del Nervo Trigemino, più precisamente nella regione del canino e distalmente al secondo molare, tramite apposizione di un gel conduttivo.

L'intensità, la forma d'onda, la frequenza e la durata di ogni singola stimolazione sono state stabilite, in real time, dal sistema di IA e hanno condotto a un tempo di stimolazione pari a circa 2 minuti per ogni singolo step di correzione. Al termine di ogni fase di stimolazione un grafico viene visualizzato per verificare il tipo di attività sostenuta dal sistema di IA in modo totalmente autonomo.

Nella figura in oggetto la durata della stimolazione è stata stabilita dalla IA per la durata di 1'20". In totale sono stati effettuati 3 trattamenti consecutivi a distanza di 5 giorni ottenendo una riduzione della ipoestesia con score da 8 a 1.

Al follow up di 20 giorni il miglioramento è risultato stabile, avendo condotto il paziente a una normalità della abilità sensitiva sia superficiale che profonda.

Il pieno controllo dei processi di riduzione biochimici della flogosi indotti dalla strumentazione hanno consentito una riduzione drammatica dei tempi di normalizzazione sensoria

evitando nel contempo l'assunzione di farmaci. Aver in questo caso reso inutile l'assunzione di cortisone ha consentito al paziente di non aggravare la copresenza della patologia diabetica in essere.

CONSIDERAZIONI

Lesioni neurologiche secondarie a problematiche dentarie sono spesso caratterizzate da lesioni del tipo neuropressia con conseguente recupero funzionale a distanza di alcune settimane, ma talvolta mesi. Solo per questo motivo il supporto farmacologico mediante glucocorticoidi e integratori neurotrofici può essere indicato e finalizzato a ridurre la componente edematosa e, conseguentemente, ridurre i tempi di recupero nervoso. Per contro, tutta la categoria di cortisonici ha importanti effetti collaterali sistemici che in alcuni pazienti diventano mere controindicazioni. L'utilizzo di terapie innovative come la MYOGEN®, supportate e convalidate da decenni di esperienza di agopuntura, permettono di evitare l'utilizzo di glucocorticoidi accelerando i tempi di guarigione. Seppure la casistica odontoiatrica sia ancora da costruire, i dati clinici di situazione infiammatorie legate da altri distretti anatomici ma paragonabili al contesto orale, suggeriscono un potenziale di cure che può essere utilizzato anche in odontoiatria.

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

BIBLIOGRAFIA

Clinical Complications of Corticosteroid Therapy: A Selected Review

Carlos A.Dujoune M.D.* Daniel L.Azarnoff M.D.
- *Medical Clinics of North America* Volume 57,
Issue 5, September 1973, Pages 1331-1342

Side-effects of corticosteroid agents†

J. Paul Seale PhD, FRACP Mark R. Compton BSc
- First published: 01 February 1986
MJA Volume 144, Issue 3 February 1986

Adverse Effects of Corticosteroid Therapy for COPD: A Critical Review - Charlene EMCE-voy MD, MPH Dennis ENiewoehner MD FCCPa
- Volume 111, Issue 3, March 1997, Pages
732-743

The Complications of Systemic Corticosteroid Therapy in the Elderly - A Retrospective Study
- Thomas T.P.L. - *Gerontology* 1984;30:60-65

The psychiatric side effects of corticosteroids - E. Sherwood Brown MD, PhD David A.Khan MD† Vicki A.Nejtek PhD** - *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* - Volume 83,
Issue 6, December 1999, Pages 495-500, 503-504

Side Effects of Corticosteroid Therapy - Buchman, Alan L. M.D., M.S.P.H. - Journal of Clinical Gastroenterology: October 2001 - Volume 33 - Issue 4 - p 289-294

Major undesirable side-effects resulting from prednisolone and prednisone - Alfred Jay Bollet, M.D.; Roger Black, M.D.; Joseph J. Bunim, M.D. - JAMA. 1955;158(6):459-463. doi:10.1001/jama.1955.02960060017005

Prednisone treatment for injury and compression of inferior alveolar nerve: Report of a case of anesthesia following endodontic overfilling - Albert Gatot M.D. 12 Ferit Tovi M.D. 1 - Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology - Volume 62, Issue 6, December 1986, Pages 704-706

*Guidelines for Diagnosis and Treatment of Trigeminal Nerve Injuries - Salvatore L. Ruggiero Michael Proothi - Trigeminal Nerve Injuries pp 343-359 | - Delayed paresthesia of inferior alveolar nerve after dental surgery: case report and related pathophysiology - Re-Mee Doh, Sooil Shin, Tae Min You Department of Advanced General Dentistry, School of Dentistry, Dankook University, Cheonan, Korea
J Dent Anesth Pain Med 2018;18(3):177-182*

Acupuncture Therapy to Inferior Alveolar Nerve Injury Following Placement of a Dental Implant: A Case Report - Shigenari Mashu, Na-gaaki Suzuki, Haruko Takayama, Masato Kawashima, Masahiro Umino, Kazuo Toda - J-Stage

Pain Research 13/02/1998

The effect of dexamethasone on neuropraxia following third molar surgery - Muhammad Mushtaq, Abdul Hameed Khan and Abid Hus-sain - Pakistan Oral and Dental Journal (Vol. 31, Issue 1)

Nerve injury caused by mandibular block analgesia - S.Hillerup 1 R.Jensen 2 - International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - Volume 35, Issue 5, May 2006, Pages 437-443

Management of patients with trigeminal nerve injuries after mandibular implant placement - Richard a.kraut.d.s. 1 omarchahald.d.s.2 - The Journal of the American Dental Association - Volume 133, Issue 10, October 2002, Pages 1351-1354

Infection-related inferior alveolar and mental nerve paresthesia: Case reports. - Yeler, Hasan; Ozec, Liker; Kilic, Erdem - Quintessence International . Apr 2004, Vol. 35 Issue 4, p313-316. 4p.

The etiology of altered sensation in the inferior alveolar, lingual, and mental nerves as a result of dental treatment. - Pogrel MA1, Thamby S - Journal of the California Dental Association, 01 Jul 1999, 27(7):531, 534-8 - PMID: 10530111

Neurosensory Disturbances of the Inferior Alveolar Nerve: A Retrospective Study of Complaints in a 10-Year Period - Philippe Libersa DMD, PhD Mathilde Savignat DMD† Anne Tonnel DMD‡ - Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - Volume 65, Issue 8, August 2007, Pages 1486-1489

Successful inferior alveolar nerve decompression for dysesthesia following endodontic treatment: report of 4 cases treated by mandibular sagittal osteotomy - Paolo Scolozzi MD, DMDa Tommaso Lombardi MD, DMDb Bertrand Jaques MD, DMDc - Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology - Volume 97, Issue 5, May 2004, Pages 625-631

Treatment of injuries to the inferior alveolar nerve after endodontic procedures - K. A. Grötz, B. Al-Nawas, E. G. de Aguiar, A. Schulz; W. Wagner - Clinical Oral Investigations volume 2, pages 73-76 (1998)

Injury of the inferior alveolar nerve after overfilling of the root canal with endodontic cement: a case report - Antonioscaranodds, md afabiodicarlomd, ddsbalessandro quarantad dsbadianopiattellimd, dds c - Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology Volume 104, Issue 1, July 2007, Pages e56-e59

Preliminary study of low-level laser for treatment of long-standing sensory aberrations in the inferior alveolar nerve - Shelley MKhullar BDS, FDSRCS - Pål Brodin DMD, PhD† Pål Barkvoll DMD, PhD‡ Hans RHaanæs DMD, MD, PhD‡ - Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - Volume 54, Issue 1, January 1996, Pages 2-7

A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars - T.Rentona M.Hankins B.C.Sproatec M.McGurkc - Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Dental Institute, Bart's and the London Hospital, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, Ground Floor, Turner Street, London E1 2AD, UK - Department of Psychiatry and Psychology, Guy's, King's and St. Thomas' Medical Institute, King's College, London, UK - Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Guy's, King's and St. Thomas' Dental Institute, King's College, London, UK - British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - Volume 43, Issue 1, February 2005, Pages 7-12

Inferior alveolar nerve injury associated with implant surgery - Gintaras Juodzbalyš Hom-Lay Wang - Gintautas Sabalys - Antanas Sidlauskas - Pablo Galindo-Moreno - C/Inical Oral Implants Research - Wiley First published: 01 November 2011

*Inferior Alveolar Nerve Injury in Implant Dentistry: Diagnosis, Causes, Prevention, and Management - Ahmed Ali Alhassani, BDS; - Ali Saad Thafeed AlGhamdi, BDS, MS
J Oral Implantol (2010) 36 (5): 401-407.*

Biomarker evaluation in Delayed Onset Muscle Soreness (DOMS): new electrical stimulation strategy - Moretti S., Genitoni V., Vezzoli A., Mrakic-Sposta S. - 40° National congress AISD - Rome 8-10 June 2017

Diagnosi e terapia delle lesioni nervose del cavo orale. - Biglioli F. - Il dentista moderno, aprile 2010

Rapporto tra nervo alveolare inferiore terzo molare inferiore: casi clinici. - Castellarano I., Carini F. Lanza M., Piras d., A.Mosso - Italian Oral Surgery 2011; 10 (3): 106-127, Elsevier

Alternative therapeutic principles in the prevention of microvascular and neuropathic complications. - Gries F. A. et al - Diabetics Research and Clinical Practice, 28 Suppl.:S201-S207 (1995)

Prevention of nerve conduction deficit in diabetic rats by polyunsaturated fatty acids - Head Richard J. - Am J Clin Nutr; 71(suppl): 386S-92S, (2000)

Puoi ottenere un risultato clinico ottimale e un paziente soddisfatto?

Exactly.

Le matrici in collagene **Geistlich Mucograft®** e **Geistlich Fibro-Gide®** offrono un'evoluzione nella cura del paziente: quando possibile il nuovo approccio **“Salviamo il palato”** nelle procedure di rigenerazione dei tessuti molli può avere un impatto positivo sulla soddisfazione del paziente, con tempi di trattamento più rapidi e minor morbilità rispetto al prelievo di innesti autologhi.



Non tutti i biomateriali sono uguali, scegli l'originale.

“Salviamo il palato”

Le nostre soluzioni per i tessuti molli

Geistlich Mucograft®
Geistlich Mucograft® Seal
Geistlich Fibro-Gide®



Approfondimenti e casi clinici su
www.geistlich.it

L' ODONTOIATRIA S'INTERROGA: QUALE PRESENTE E QUALE FUTURO?

Il XXV Congresso Nazionale del Cenacolo Odontostomatologico Italiano è previsto per il 4 e 5 giugno a Palermo: un'ambiziosa scommessa in tempo di pandemia

a cura di **Maria Grazia Cannarozzo**

PRESIDENTE NAZIONALE COI-AIOG
MG.CANNAROZZO@ALICE.IT

Sono particolarmente lieta di invitarvi a partecipare al XXV Congresso Nazionale del Cenacolo Odontostomatologico Italiano che si terrà il 4 e 5 giugno prossimi a Palermo. In tempo di pandemia è forse ambizioso e arduo il solo pensare di organizzare un Congresso non online, ma noi vogliamo essere fiduciosi, e contiamo, per quella data di incontrarvi e incontrarci di presenza. Insieme al mio Consiglio Direttivo e al nostro Comitato scientifico abbiamo provveduto alla stesura di un programma ricco e articolato, con l'obiettivo di confrontarci su quale e cosa sia oggi la nostra Professione Odontoiatrica e quale e come sarà quella del futuro, grazie alle nuove tecnologie diagnostiche e strumentali che abbiamo ormai a disposizione.

Un anno di pandemia ci ha profondamente cambiati, dal punto di vista umano, dei rapporti sociali e, inutile nasconderselo, come fanno in troppi purtroppo, anche da quello professionale. In pieno lockdown abbiamo garantito ai pazienti la nostra assistenza tenendo aperti gli studi per eventuali necessità e urgenze. Abbiamo poi ripreso la normale attività seguendo rigidi e scrupolosi protocolli, protocolli che in realtà, in buona parte conosciamo e abbiamo da sempre applicato, riducendo significativamente il rischio di infezioni crociate.

Ma in tempi di pandemia Covid-19, la cura delle patologie orali e la prevenzione per una buona salute orale, così come la cura e la prevenzione per tutte le altre patologie in ambito medico, vedi principalmente in ambito oncologico e cardiocircolatorio, risultano essere state sopravanzate dalla pandemia. Il nostro Servizio Sanitario, fortemente indebolito per uomini e risorse in questi ultimi anni, si è trovato ad affrontare una emergenza inaspettata e di enormi proporzioni, fronteggiata solo grazie alle energie profuse e all'impegno smisurato di tutto il personale sanitario. Qui voglio ricordare con sincera commozione il sacrificio di tanti, troppi operatori sanitari, contagiati e deceduti nell'



adempimento del loro dovere. Dobbiamo ritornare a sottolineare come una buona salute orale sia importante per una buona salute generale. L'OMS nella Resolution on Oral Health, del 21 gennaio u.s. ha ribadito come la salute orale sia parte integrante del benessere generale, rilevando come le patologie orali come carie e tumori hanno un'incidenza ancora elevata, e come ormai abbia evidenza scientifica il nesso tra patologie del cavo orale e malattie sistemiche. Studi recenti, inoltre, hanno evidenziato come la presenza di patologie orali incida sul sistema immunitario, influenzando la risposta anche all'infezione da Sars-CoV-2. Ecco che l'Odontoiatria del presente e del futuro deve saper parlare ai pazienti in termini di prevenzione e di cura. Lo può fare e lo farà in maniera accurata e precisa, grazie anche alle nuove

tecnologie, all'utilizzo per esempio del digitale in termini di diagnostica, trattamento e comunicazione. E grazie anche alla migliore preparazione degli ASO che oggi hanno raggiunto il profilo professionale e una formazione omogenea sul territorio e alla collaborazione degli Igienisti Dentali.

Di questo, ma anche di altro, discuteremo nel nostro Congresso, grazie a illustri relatori che con il loro contributo arricchiranno il nostro bagaglio di conoscenze.

Sarà un momento e un'occasione di formazione per tutto il team odontoiatrico, come nella mission di COI AIOG Società Scientifica. Segnalo che sabato avremo anche una sessione dedicata alle ASO, organizzata in condivisione con SIASO. Un doveroso ringraziamento agli Sponsor e ai publishing sponsor, che malgrado il periodo, continuano a supportarci.

kuraray

Noritake

LA SEMPLIFICAZIONE INTELLIGENTE

UNIVERSAL



CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Linea Universal

La Tecnologia di Diffusione della Luce (LDT) di Kuraray Noritake Dental, applicata ai filler del composito CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal, permette di raggiungere l'integrazione estetica con un solo colore, sia per i restauri posteriori sia per quelli anteriori.



Colore per i
restauri posteriori



Opzioni di colore
per i restauri anteriori



Nessuna massa
per bloccare la luce

La tecnologia dei filler ad elevato indice di diffusione della luce permette l'integrazione ottica con i tessuti naturali circostanti, agendo sul controllo di traslucenza e opacità.

Crea bellissimi restauri con pochi colori e una procedura semplificata grazie alla nostra tecnologia avanzata.

BORN IN JAPAN

Kuraray Europe Italia S.r.l.

Tel: 02 6347 1228 E-mail: dental-italia@kuraray.com Sito internet: www.kuraraynoritake.eu/it  facebook.com/KurarayNoritakeInLab facebook.com/KurarayNoritakeInClinic

COM - IL SALUTO DI LEONE PRATICÒ

La lettera agli iscritti del nuovo presidente, che entra in carica per il biennio 2021-2023

Carissimi Soci, amici e colleghi

l'Assemblea del 3/11/2020 ha eletto il nuovo Consiglio Direttivo per il biennio 2021-2023, del quale mi è stata affidata la carica di Presidente.

Desidero rivolgerVi un saluto e un ringraziamento per la partecipazione e per l'interesse che avete sino a oggi dedicato al Cenacolo Milanese.

La fiducia riservatami mi onora e mi incoraggia ad assumere le responsabilità che il mandato richiede, soprattutto dopo i successi conseguiti dalla nostra Società grazie alla leadership, alla professionalità e alla competenza del Collega e Amico Dott. Vincent Rossi, grazie ai precedenti Consigli Direttivi e grazie anche all'insostituibile supporto del Dott. Giulio Cesare Leghissa. In questi anni di vita associativa, ho avuto la fortuna di collaborare con colleghi di eccezionale valore, persone da cui ho appreso molto e verso cui nutro una sincera gratitudine.

Confido di poter far fruttare le lezioni

apprese da loro, cercando di dare continuità e un'ulteriore spinta allo straordinario lavoro svolto fino a oggi. Il futuro delle società scientifiche che si pongono come obiettivo la divulgazione della conoscenza medica dipende per gran parte dall'integrità con la quale tali nozioni vengono veicolate e dall'impegno che viene profuso nel raggiungerlo. Sono certo che le competenze e la forte motivazione dei membri che compongono il nuovo Consiglio Direttivo concorreranno alla continua crescita del Cenacolo in tal senso.

Il nuovo programma culturale intenso e di profondo interesse prevede un consolidamento della linea didattica attuale, da sempre incentrata sulla multidisciplinarietà delle attività di studio, a cui si affiancherà un nutrito palinsesto di obbligati, ma benvenuti, eventi a distanza che contribuiranno a stimolare il dibattito, soprattutto tra le nuove generazioni di odontoiatri, igienisti e studenti.

Inoltre è in fase di prossimo perfezionamento una solida partnership con SIASO allo scopo di facilitare l'accesso a un percorso formativo condiviso e ben strutturato per le nostre Assistenti di studio, che contribuirà a un auspicato aumento del valore e della competenza di tutto il team dei nostri studi. Il Cenacolo Odontostomatologico Milanese vuole quindi essere un punto di riferimento nel panorama odontoiatrico facendosi parte attiva della crescita culturale dei soci e di tutti i colleghi interessati a migliorare la qualità della propria attività professionale, promuovendo spirito di collaborazione, di condivisione e di collegialità.

Colgo l'occasione per inviarVi i miei più cordiali saluti e spero di incontrarVi numerosi ai prossimi eventi formativi.

A presto,

Leone Praticò
leone.pratico@gmail.com

23 APRILE: CORSO ECM - FAD

LA PERIMPLANTITE: DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO

Clicca e guarda le presentazioni del corso di Leone Praticò, Vincent Rossi, Fulvia Magenga e Filippo Turche Casanova

LA PERIMPLANTITE: DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO

CORSO ECM - FAD | 23 APRILE 2021



G. Leghissa – V. Rossi – L. Praticò – F. Casanova – F. Magenga – M. Lattari

RAGIONAMENTI ECONOMICI (E NON) SULL'ATTIVITÀ ODONTOIATRICA

a cura di **Pietro Paolo Mastinu**

PRESIDENTE ANAMOP (CONSULENTI STUDI ODONTOIATRICI)

Guardata con un'ottica puramente economica, l'attività odontoiatrica è ben lungi dall'essere una attività facile da portare all'utile e persino alla completa copertura di tutti i costi.

L'azienda infatti deve non solo correttamente remunerare i propri fattori produttivi, ma anche conseguire un utile che sia tale da poter a sua volta remunerare il capitale investito e i rischi corsi.

Proviamo a guardare questa realtà con la lente del professionista e poi trasliamo il punto di vista della stessa realtà con l'ottica dell'imprenditore. Vedremo poi che chi ha avuto la pazienza di seguire questo ragionamento troverà la chiave per giudicare l'attività odontoiatrica con un occhio più esperto, sia quando esercitata dal professionista con la veste professionale o con quella imprenditoriale che da terzi investitori, siano essi imprenditori laici di piccole dimensioni o grandi investitori.

Cosa significa che l'azienda – sia essa quella vera e propria che è sottesa all'impresa come quella assimilata del professionista – deve remunerare i fattori produttivi? Significa che deve intanto coprire tutti i costi, siano essi fissi come variabili, legati alla produzione dei servizi sanitari.

Tra questi costi rientrano anche quelli legati alla produzione dei servizi prodotti direttamente dal titolare, quando lo stesso smette i panni del capo azienda e indossa quelli del professionista. Il titolare dovrebbe ricevere almeno la stessa remunerazione che ricevono gli altri collaboratori medici che con lui eseguono le prestazioni sanitarie. Peccato che lui non sempre ne abbia consapevolezza, perché quei compensi lui li vede un tutt'uno con l'utile e non li vede tra i costi. Sono mescolati all'interno del suo imponibile ai fini fiscali.

Ipotizziamo che tale percentuale sia pari al 30% del pagato paziente.

Significa che per ogni 100 euro di produzione, almeno 30 servono a pagare gli odontoiatri e gli igienisti. Il costo dei medici e igienisti è appunto il primo dei costi variabili, cioè di quei



costi che crescono in diretta relazione alla produzione (in realtà si tratta di una semplificazione, in quanto spesso accade che i costi variabili crescano addirittura in misura più che proporzionale rispetto all'aumento della produzione). Gli altri costi variabili sono quelli per il laboratorio e per il materiale dentale.

In una gestione razionale delle risorse, tali costi oscillano intorno a questo range di valori rispetto al fatturato: tra il 6% e il 9% per il materiale dentale; tra il 10% il 18% per il laboratorio. Prendendo a riferimento i valori medi, avremo il 7% per il materiale e il 14% per il laboratorio. Facile quindi arrivare al 51% di costi variabili.

Poi ci sono i costi fissi. Qui il range è molto più ampio e dipende da mille variabili, ma è chiaro che ben difficilmente uno studio potrà avere costi fissi inferiori ai 10mila euro l'anno (120mila euro l'anno), che possono arrivare anche a diverse centinaia di migliaia di euro sulle strutture più grandi. Appare chiaro che la struttura dei costi per

una attività odontoiatrica non può permettere di pagare le collaborazioni dei medici e degli igienisti più del 35% medio del pagato paziente.

Su questa soglia abbiamo costi variabili pari al 56% del pagato paziente.

Proviamo a capire cosa accade al punto di pareggio con questo livello di costi variabili e costi fissi pari a 120.000 euro l'anno.

$$\text{PDP o BEP} = \text{costi fissi} + \text{costi variabili} = \text{cf} / 1 - \text{percentuale costi variabili sul fatturato} = 120.000 / 0,44 = 272.727,27$$

Per coprire tutti i costi fissi e variabili la struttura deve incassare almeno 272.727 euro.

Proviamo a ipotizzare costi fissi pari a 180mila euro e vediamo l'effetto che fa:

$$180.000 / 0,44 = 409.090,91$$

Un aumento dei costi fissi pari al 33% si traduce in un aumento del fatturato utile alla copertura dei costi pari al 49%.

Ora ipotizziamo che i costi fissi rimangano fissati al valore dell'esempio iniziale e proviamo a portare i costi variabili al 60%.

$$120.000/0,40 = 300.000$$

E poi al 65%

$$120.000/0,35 = 342.857$$

Pare abbastanza chiaro il motivo per il quale una struttura odontoiatrica con un livello di costi fissi assolutamente medio (10mila euro mese) non possa proprio permettersi di pagare un medico più del 35% del pagato paziente, perlomeno se intende remunerare tutti i fattori produttivi (compreso il lavoro da medico del titolare) e riservarsi un sia pur minimo margine di profitto (del tutto lecito, visto che nell'avventura sono stati investiti capitali e si corrono certi rischi) che negli esempi, peraltro, non è stato proprio inserito visto che ci limitiamo alla copertura dei costi.

Va da se che una struttura con 120mila euro di costi fissi annui non potrà facilmente puntare a far crescere il fatturato oltre certi limiti nel tentativo di saturare i costi fissi. L'aumento della produzione di servizi sanitari, infatti, non potrà avvenire oltre certi livelli senza un contestuale aumento dei costi fissi, il che ci riporta al punto di partenza.

Lo studio dentistico è vincolato dalla propria struttura dei costi e se questi vanno oltre certi limiti fisiologici si scopre assai presto che la coperta, comunque la si tiri, risulta sempre troppo corta.

Nel concreto, ciò significa che uno studio dentistico non potrà praticamente mai fare a meno di personale (che da solo assorbe una gran parte dei costi fissi stessi), un locale (in affitto o in proprietà), adempimenti burocratici e correlati costi, assicurazioni, consulenti vari, consumi, utenze, spese legali, attrezzature varie e costose che nella gran parte delle altre specialistiche mediche semplicemente non esistono. Un neurologo abbisogna di ben poco per operare, un martelletto, un lettino, un separè, una scrivania, un lavandino e magari un'infermiera che segue lui e altre cinque o sei specialisti. Ben diversa è la situazione del dentista, che dovrà acquistare un più o meno alto numero di strumenti senza i quali non può operare come dentista e che costano tutti molto denaro, sia per l'acquisto che per la manutenzio-

ne, e che vanno persino rinnovati.

Come dicono gli economisti, insomma, l'attività odontoiatrica, quando paragonata alla gran parte delle altre specialistiche mediche, costituisce una attività a utilizzo intensivo di capitale. Lo sanno bene tutti quegli odontoiatri che hanno lo studio di proprietà, perché lo vivono sulla propria pelle ogni giorno. Gli unici che ancora non l'hanno capito sono tutti quei collaboratori che vivono di sole consulenze e che pretendono di essere remunerati al 50% o al 60% del pagato paziente, adducendo motivazioni inconsistenti alle proprie esose pretese. Quando e se gli stessi collaboratori decidono tuttavia di costruire una propria struttura, tutti, sempre, cambiano repentinamente idea, perché è solo allora che comprendono come stanno davvero le cose.

A questo punto siamo finalmente in grado di proseguire nel ragionamento.

Se le cose stanno così, gli odontoiatri titolari di studio come fanno a far quadrare i conti? Ci riescono per davvero? Ci riescono sempre? E come ci riescono?

Credo di poter rispondere a ragione veduta. Non solo perché ho gestito da laico più di una struttura sanitaria, ma soprattutto perché nella mia attività di consulente ho visto centinaia di bilanci di studi e posso parlare del modello di business insito in questa attività a ragion veduta e con cognizione di causa.

La gran parte dei dentisti NON riesce nemmeno a remunerare correttamente i fattori produttivi e l'unico motivo per cui non salta per aria è che compensa gli squilibri nei costi fissi e soprattutto in quelli variabili rinunciando a parte dei propri compensi per l'attività che svolge all'interno della propria struttura in qualità di odontoiatra.

Di extra-reddito e remunerazione del capitale neanche a parlarne. Parlo di remunerare i soli fattori produttivi, compreso il suo lavoro, a una percentuale almeno pari a quella che riconosce ai collaboratori. E per fare in modo che tale squilibrio non faccia saltare definitivamente i conti, il nostro è gioco forzato costretto a produrre una parte importante e/o quasi totale dell'intera produzione dello studio. Non può fare altrimenti.

E qui veniamo alla prima conclusione importante di questa piccola rifles-



sione che faccio insieme a voi: è lecito che il dentista si comporti come il buon samaritano e rinunci non solo alla remunerazione del capitale investito, ma persino a parte dei propri compensi professionali pur di tenersi buoni i collaboratori e pagarli più del dovuto? Certo che è lecito. Siamo in un Paese libero. Anche perché tutti sappiamo che in certi contesti territoriali trovare un collaboratore valido che lavori con percentuali congrue alle nostre possibilità è tutt'altro che facile. E perché ognuno è libero di vedere le cose come vuole.

Tuttavia, è subito il caso di specificare che questa scelta comporta delle conseguenze e delle conseguenze nefaste con il passare del tempo. Perché vincola il nostro professionista a continuare a produrre gran parte dei servizi sanitari da solo non solo oggi, ma fino a quando lo studio resterà aperto. Anche quando sarà vecchio. Anche quando non ne potrà più. Anche quando le forze e la resistenza non saranno più le stesse.

Andiamo ora ad analizzare la stessa situazione quando a gestire la struttura non è il medico ma un terzo. Un imprenditore laico come il sottoscritto, un grosso player della sanità privata. O magari una catena.

Costoro potranno permettersi di non remunerare il capitale? Ovviamente no. Campano di quello. Potranno rinunciarvi pro tempore, ma presto o tardi vorranno essere remunerati anche loro. Potranno permettersi di non remunerare TUTTI i fattori pro-



duttivi, non pagando una parte della produzione come fa il medico titolare per quadrare i conti anche quando non quadrano? Ma manco per niente, altrimenti i medici se ne vanno e gli fanno cippirimerla. E allora come faranno? Semplice. Cercheranno in tutti i modi di tenere bassi i costi variabili e di fatturare e incassare il più possibile, e questo li costringerà a dover sopportare un ben altro livello di costi fissi (dai 250 ai 350mila euro l'anno per ciascuna struttura); il che porterà il punto di pareggio ben più in alto di quanto capiti al dentista tradizionale. Proviamo a vedere cosa accade quando devi ammortizzare 300mila euro di costi fissi: $300.000/0,45 = 666.666$ euro. E non abbiamo ancora remunerato il capitale.

Il nostro imprenditore "cravattone" con alti studi nelle solite scuole per dirigenti d'azienda che gli raccontano che tutto quello che conta sono i conti e che le aziende sono tutte uguali (la più grossa idiozia da quando l'uomo ha inventato il cavallo, ma c'è ancora qualcuno che ci crede, purtroppo), cosa farà? Cercherà di abbassare i costi variabili perché su quelli fissi può fare poco, restando aperto 7 giorni su 7, 12 mesi l'anno e con i soliti ragazzacci (Nas, Ispettorato del Lavoro, ASL, Guardia di Finanza etc. etc.) che sono

in giro. E quindi via alla ricerca di laboratori "efficienti", che lavorano bene a prezzo di low cost (sì, come no) o a collaboratori appena laureati e/o con due mani sinistre che accettano di lavorare al 20%. Non voglio ovviamente generalizzare, e posso anche credere che qualcuno tra questi lavori almeno in maniera decente. Ma quando di questi collaboratori ne cerchi non uno ma centinaia è praticamente certo che ne troverai almeno il 90% che lavora in modo indecente.

Tutto questo si tradurrà inevitabilmente in uno scadimento qualitativo e generalizzato dell'intero processo, il che porta cause o quanto meno un gran numero di rifacimenti, con conseguente aumento dei costi e depauperamento dell'immagine aziendale, e quindi fatturati in discesa. Un giro della morte insomma. Il resto è cronaca di tutti i giorni e ci porta a una conclusione che considero come una sentenza definitiva. Questo modello di business, quando non gestito da un medico, è tossico e malato. Non può stare in piedi. E il fatto che magari uno su 100 riesca a farlo girare più o meno proficuamente non fa che confermare quanto dico, perché un modello di business che vede un solo sopravvissuto su decine di competitor non è un modello di business, ma uno sport

estremo o un viaggio intergalattico. Solo pochissimi eletti sono quelli che lo possono praticare.

Ora posso arrivare alla conclusione e sono certo che adesso il messaggio vi arriverà forte e chiaro. Non dobbiamo avere paura della bestia che vive fuori di noi, ma di quella che vive dentro di noi. Non sono le catene a doverci fare paura. Deve farci paura l'idea che nella nostra gestione vada tutto bene anche quando i fatti ci dicono chiaramente che così non è e che non esista alcun buon motivo per evolversi e migliorare perché tanto basta l'etica, il passaparola, il lavoro del sindacato, dell'Ordine, di Gesù Bambino e del Cane Fiocco. Tutte balle.

Se vogliamo continuare a presidiare la nostra attività – e possiamo farlo meglio di tutti gli altri perché siamo gli unici ad avere per davvero il controllo del core business e cioè l'attività sanitaria – dobbiamo iniziare a pensare anche come pensa un imprenditore e tenere sotto controllo le dinamiche reddituali e patrimoniali tipiche della nostra attività. Solo così potremo fare etica e migliorare la nostra qualità della vita nel tempo. E che gli altri facciano pure il loro gioco. Il tempo, presto o tardi, mette tutti al proprio posto.

CHI LAVA I CAMICI DEGLI ASO? E QUELLI DEGLI ODONTOIATRI?

di **Fulvia Magenga**

SEGRETARIO GENERALE SIASO CONFESAL

SEGRETERIA@SIASO.IT



Capita di sovente che l'ASO provveda personalmente al lavaggio degli indumenti da lavoro (camici).

Esiste una legge o un regolamento che specifichi chi deve lavare gli indumenti da lavoro?

La Corte di Cassazione ha emesso diverse sentenze con le quali sottolinea che l'obbligo del lavaggio degli indumenti da lavoro è in capo al datore di lavoro.

Esiste numerosa giurisprudenza in merito all'argomento che conferma il principio che gli indumenti che proteggono il lavoratore da agenti nocivi sono di fatto DPI, e che pertanto la loro manutenzione (e quindi la loro pulizia) è a totale carico del datore di lavoro. Si ricorda per esempio quanto affermato nella Sentenza n.11139 della Corte di Cassazione del 05/11/98; confermato o quanto si afferma con le successive Sentenze della Corte di Cassazione n.18573 del 04/09/07 e n.15202 del 23/06/10. In aggiunta, si ricorda la

sentenza n.8585 del 28/04/2015, la Corte di Cassazione, Sezione Lavoro che ha condannato l'azienda al risarcimento dei danni relativi al lavaggio degli indumenti di lavoro riconoscendo che "se il lavaggio è indispensabile per mantenere gli indumenti di lavoro in stato di efficienza, tale onere non può essere in capo al lavoratore, ma al datore di lavoro", in quanto è il datore di lavoro il destinatario degli obblighi previsti dalle disposizioni di legge.

L'art. 74, comma 1, del D.lgs. 81/2008 definisce come dispositivo di protezione individuale (DPI) "qualunque attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro". Quindi un indumento da lavoro, quando indossato con lo scopo di proteggere il lavoratore dal contatto con agenti chimici/o biologici pericolosi, deve essere considerato un DPI.

Il D.lgs. 81/2008 all'art. 77, comma 4, stabilisce che "il datore di lavoro mantiene in efficienza i DPI e ne assicura le condizioni di igiene, mediante la manutenzione, le riparazioni e le sostituzioni necessarie e secondo le eventuali indicazioni fornite dal fabbricante".

Anche la Circolare del ministero del Lavoro 26/04/1999, n.34 precisa che è compito del datore di lavoro provvedere alla "pulizia" dei DPI e stabilirne la periodicità, sia di lavaggio, sia di sostituzione. La pulizia può essere effettuata direttamente all'interno dell'azienda (in questo caso il datore di lavoro deve tener conto anche dei rischi connessi alla manipolazione e al trattamento di detti indumenti) oppure ricorrendo a imprese esterne specializzate.

Concludendo, gli ASO che portano a casa i camici sporchi del dentista per lavarli e stiarli si comportano in modo non conforme alle normative e ai regolamenti vigenti.

MUSICISTI E PENSATORI ITALIANI: GIANNI MIMMO, UN COSMOPOLITA

Iniziamo una serie di interviste ad artisti attivi nel mondo della ricerca musicale contemporanea. Musicisti e pensatori italiani che non vedono la musica come mero intrattenimento o merce di consumo, ma come un linguaggio in continua evoluzione che ci porti a riflettere più per i dubbi che solleva che per le soluzioni che offre

di **Mario Mariotti**

MUSICISTA

MARIO.MARIOTTI@CONSERVATORIO.CH



Gianni Mimmo, musicista, artigiano e produttore discografico con una forte propensione al cosmopolitismo, si racconta rispondendo ad alcune domande sul proprio percorso artistico e sul proprio concetto di fare musica oggi. È possibile acquistare e ascoltare gli eccellenti lavori discografici registrati da Gianni Mimmo e prodotti da Amirani Records collegandosi al sito: <https://www.amiranirecords.com/contacts>

1. Gianni potresti raccontare brevemente ai lettori il tuo percorso artisti-

co?

Molteplice nelle applicazioni, unitario nelle radici. Ho recentemente riconsiderato quanto questo percorso sia ancora profondamente ancorato alle radici che lo hanno generato. La mia impressione è che, avendo attraversato la temperie degli anni '70 e '80 del secolo scorso, la formazione e il suo divenire siano profondamente informati dalla pluralità di fonti di ispirazione che hanno colorato quei tempi. La musica e l'esperienza creativa in genere erano intese come una possibilità sublimativa. Molte intersezioni fra ambiti: teatro,

rapporto musica-testo, improvvisazione e poesia, arte visiva e danza.

Il tutto innestato sull'irruento contributo che il jazz andava assumendo nelle sue derivazioni più spericolate, della musica contemporanea e del suo rapporto con la dimensione sociale. Categorie altissime delle quali oggi parliamo in modo preminentemente antologico e documentale.

Era una musica forse più cosciente del contesto storico e l'omologazione successiva ancora non ben visibile all'orizzonte.

Ho lavorato a lungo sul rapporto musica-testo, musica-immagine e credo che questo abbia inesorabilmente segnato anche la mia parte più squisitamente musicale. Nel corso degli anni, e in particolare nella relazione con la scena internazionale della improvvisazione, ho intersecato molte esperienze di differente derivazione, ma non sono un eclettico.

2. Chi sono gli artisti, in senso lato, che maggiormente ti hanno influenzato e allo stesso tempo come hai sviluppato la tua ricerca verso un linguaggio personale?

Ho un pantheon piuttosto ampio cui guardo, impossibile menzionare tutti, pittori come De Chirico e Mondrian, come Bacon o Scialoja hanno enormemente influenzato la mia musica. Il rapporto formale fra gli elementi sonori ha molto a che fare con l'oggettivazione che possiamo osservare in un dipinto o in una scultura. Le mie influenze più propriamente musicali sono rintracciabili in Steve Lacy, Roscoe Mitchell, Anthony Braxton, ma ho un debito "estetico" verso Alban Berg, Anton Webern e quell'area viennese. Queste influenze sono per me egualmente importanti ed è spesso nell'accostamento di elementi distanti che trovo una prospettiva interessante.

La mia improvvisazione, per esempio, ha preso a manifestare un carattere compositivo. Cerco di mantenere uno sguardo particolare, ma anche di non perdere una visione più globale. Dal punto di vista di rapporto con lo strumento sax soprano, l'evoluzione di un segno originale è proprio legata a questa molteplicità di scintille che la animano. Non so quanto questo sia personale, ma certamente è quello cui mi è naturale tendere.

3. Sei ideatore di numerosi progetti multimediali: qual è il rapporto fra la tua musica con le altre arti? Su quale piano e in che modo avviene il tuo confronto con un'opera visuale piuttosto che un testo scritto?

Il rapporto è strettissimo sul piano ispirativo e sul piano progettuale.

Ispirativo perché, per quanto mi riguarda, il livello formale in, per esempio, pittura e scultura possiede una fortissima relazione con la composizione e con l'improvvisazione. Tendo a pensare la musica come luogo, come dislocazione degli elementi, il materiale sonoro, nello spazio. Vi sono gradi di distribuzione dei pesi drammatici, significativi, di colori timbrici che articolano in un brano musicale così come elementi stilistici, toni e pigmenti, figure e prospettive in un dipinto. In un festival lo scorso anno ho avuto occasione di suonare accompagnando un danzatore. La commissione era l'interpretazione di uno spazio, all'interno di un piccolo museo, nel quale era ospitata una scultura piuttosto grande di un artista giapponese. Nella mia improvvisazione, che a sua volta era sollecitata da improvvisi cambi di prospettiva provocati dalla gestualità corporea del danzatore, lo sviluppo delle linee musicali, la loro geometria direi, era molto influenzato dalla pulizia, dal nitore, di certe parti di quella scultura. Qualcosa di pesante sostenuto da qualcosa di leggerissimo, la danza fluida all'interno di uno spazio chiuso. Ne è nata una piccola suite, nella quale, pur nell'approccio astratto, è come se indugiassi in un lirismo scarno, ma narrativo per suggerimenti, accenni.

Ho ripetuto in diverse occasioni che un lavoro artistico sussiste di per sé. Un dipinto è un dipinto, una poesia è una poesia. La musica non necessita di poesia e la poesia non necessita di musica. Se sul piano progettuale si accostano musica e poesia, per esempio, entrambi le componenti devono cedere qualcosa, altrimenti si ottengono degli sterili accostamenti, dida-

scalici. Non necessari, ecco. Ma quel nuovo terreno è fatto di molti sentieri, alcuni importanti altri diversivi. Il testo poetico contiene una speech melody, una linea sonora che è suggestiva in molti modi: per senso, per fonemi, per lirismi, per attriti sillabici. Dal punto di vista strumentale si attuano reazioni, fondali, anticipi, ripetizioni e cadenze. Le parole diventano un po' musica e la musica diventa più parola. Il risultato offre spesso una prospettiva inedita, uno sguardo laterale e rivelatore. Un mio maestro fece un'operazione interessante lavorando con un testo tratto da una guida turistica. La musica aveva conferito a quelle parole un'inesorabilità che a una semplice lettura non potevano avere.

Ho un progetto che porto in giro da un po': Seven Paintings. In sostanza suono sette improvvisazioni mentre alle mie spalle vengono proiettati sette dipinti in successione. Gli autori di questi quadri sono molto diversi fra loro per epoca e stile. Accade sempre, e a tutte le latitudini, che l'audience attraversi quei dipinti in un modo nuovo, fresco, inaspettato. Piero Della Francesca e Francis Bacon sono nuovi, la musica offre una finestra nuova, un altro sguardo. La parte magica consiste nel fatto che la stessa musica suona in modo nuovo, come se l'immagine ne informasse il percorso.

4. Parlaci della tua concezione di improvvisazione in musica.

Non faccio molta distinzione fra composizione e improvvisazione. Il tempo creativo è differente. Per me è sempre come perlustrare un luogo, espandere alcuni spazi, elementi costruttivi e decostruttivi, imprimere diversioni e aderire alla musica in un modo immediato. Nelle improvvisazioni più riuscite avviene una specie di transizione continua di significato, uno stretching formale e di senso, un'ineffabilità.

L'improvvisazione è l'occasione di una fragranza. In quella di derivazione jazz il linguaggio ha radici evidenti, in quella più libera i piani sono molteplici e il linguaggio è sempre un ibrido. Il termine "composizione istantanea" è forse abusato, ma io improvviso compositivamente, diciamo che colgo l'occasione di avere uno sguardo particolare (reazione-azione) contemporaneamente a uno globale che tenga conto di un riferimento in qualche modo formale. Ecco allora che le forme del mio improvvisare decideranno (e saranno decise) da una narrazione che prende forma sul momento, ma in vi-

sta di un quadro complessivo. Il brano è una specie di sentiero da percorrere in parte scegliendo la direzione, in parte appartenendovi.

5. Assumi che l'errore possa essere un elemento generativo nel processo creativo?

Determinante. Personalmente ho bisogno di un certo numero di difetti per rendere al meglio. Thelonious Monk è la risposta alla domanda. Spesso l'errore è un nodo rivelatore. È necessario.

6. Cosa ti ha spinto a concentrare la tua attenzione sul saxofono soprano, rendendolo il tuo strumento (inteso come mezzo) comunicativo esclusivo?

Ho iniziato con il sax tenore da ragazzo, ma ho lavorato per molti anni al sax alto e baritono. Nel '77 assistetti a un concerto di Steve Lacy e mi colpì una certa inesorabilità del suo timbro. Già da allora, credo, compresi una specie di esclusività che il soprano ha. Per gran parte dei musicisti che lo suonano esso rappresenta un secondo, terzo strumento.

In realtà è uno strumento con una serie di cose incompiute, i suoi gravi affondano nel cuore del tenore, le sue parti più acute sono come punte luminose. Timbricamente è infido, credo più mentale che fisico. Ormai ho una relazione con lui, certe giornate possono essere anche dure.

Ma possiede anche una buona complessità. Non credo lo si possa dominare, ho abbandonato l'idea da tempo. Ma la parte importante è senz'altro la relazione. Strumento piuttosto esigente.

7. Sei un artista che ha tenuto performance e inciso dischi molto spesso fuori dall'Italia, ci sono delle differenze fra la ricettività del pubblico e degli organizzatori di eventi fra il nostro Paese e altri luoghi? Se esistono tali differenze a cosa sono dovute a tuo avviso?

Tutti i luoghi sono particolari. La fruizione, in generale, si è molto trasformata, negli ultimi vent'anni almeno, ma è vero: ci sono ricettività diverse.

Il background culturale e naturalmente una programmazione avvertita attenta ai diversi ambiti determinano la qualità dell'ascolto. È bello, oltre che necessario, che un pubblico possa frequentare egualmente un corale di Bach e un quartetto di Anthony Braxton. Un pubblico giapponese per esempio sarebbe attentissimo. Forse da noi coglieremmo l'occasione per una polemica. Ci sono ragioni anche



***Bone System.
La bellezza
ha forti radici.***

*Non è solo una metafora, gli impianti sono radici e per durare nel tempo la bellezza ha bisogno di radici sane e forti. Bone System è l'**UNICA** connessione al **Mondo** completamente impermeabile ai batteri, responsabili di patologie sistemiche, di insuccessi biologici, meccanici ed alitosi nei pazienti.*

BONE[®]
SYSTEM
www.bonesystem.it

politiche, in Italia la débâcle culturale è stata massiccia. La curiosità si è fatta effimera, un po' di omologazione ha fatto il resto. È successo ovunque, mi si dirà, tuttavia l'attenzione e le domande che si trovano in Nord Europa sono qualitativamente più alte. È innegabile.

8. Nel 2006 hai fondato l'etichetta discografica Amirani Records. Cosa ti ha spinto in questa direzione e qual è stata la tua scelta editoriale?

Tutte le figure intermedie: produttore, editore, direttore artistico sono scomparse e il musicista si occupa di tutto, tutto questo da un po'. Ho constatato che ai margini della scena ci sono molte intelligenze. Girando un po' ho incontrato diverse realtà creative e poco prima di intraprendere l'avventura della label, volevo documentare alcuni progetti attivi al tempo.

L'attenzione all'area dell'improvvisazione non è stata esclusiva, il discrimine è sempre stata la sincerità dei lavori. Nel tempo ho aggiustato il tiro verso una cifra editoriale un po' più rigorosa. Non nascondo sia faticoso e le difficoltà sono tante. Inoltre, la musica ha preso a girare in formati molto liquidi. Credo che alcune cose vadano documentate. Ho aperto negli ultimi anni una linea di lavori monografici nella collana di Contemporanea. C'è una parte di follia, naturalmente, dovuta al fatto che il lavoro è totalizzante per una sola persona.

9. All'interno del tuo catalogo qual è la registrazione che più ti rappresenta?

Non saprei dire. Sono legato in modo diverso a tutti i lavori. Alcuni sono legati a periodi molto importanti e tendo

a vederli considerando il contesto in cui sono stati realizzati. Alcuni sono diventati progetti consolidati e meno episodici.

10. Come riesci a far convivere la tua forte connotazione autoriale con un'altrettanta marcata propensione a collaborare a progetti altrui?

Ci sono vari tipi di collaborazione. Per me, anche qui, il discrimine è la sincerità. Talvolta certe collaborazioni sono strette, ma spesso è fuori dalla comfort zone che si dà il meglio.

11. A tuo avviso questo periodo di crisi, durante e dopo l'emergenza sanitaria, può offrire anche delle opportunità agli artisti?

Non vorrei trascurare l'aspetto ammonitorio di questo tempo. L'opportunità per me (magra consolazione, mi si dirà, mentre l'agenda è completamente vaporizzata in una serie di sospensioni, ingaggi rimandati a data da destinarsi, impossibilità di sviluppare progetti, ecc.) è stato osservare anche quello che si è fatto. Dovevo anche rallentare un po', avverto una tendenza a sovrapprodurre, ma forse è anche un tempo per considerare, un tempo di confronto. Di ascolto, anche. Davvero è necessario alzare lo sguardo, questa è una complessità che richiede concentrazione e flessibilità.

Certamente è dura, ma non credo siamo qui a fare cose facili.

12. Nel 2019 hai registrato un disco in duo Rumpus Room con un geniale inventore di moderni "intonarumori", per coincidenza di professione odonto-

iatra. Vuoi descrivere in alcune parole come è nato quel progetto e le sue caratteristiche?

Luca Collivasone è un artista molto concreto, un assemblatore curiosissimo, e ha inventato questo cacophonator trasformando una vecchia macchina per cucire in un generatore di suoni. Abbiamo stabilito una cadenza settimanale di prove, abbiamo parlato molto, veniamo da due mondi diversi. Suonare interagendo con i rumori è una pratica molto stimolante perché pone questioni estetiche interessanti. Ho lavorato in altre occasioni con suoni "altri", sempre con artisti derivanti da ambiti distanti. Anche in questo caso le derivazioni stilistiche così differenti hanno generato un lavoro molto fresco, per certi versi sorprendente. Ne esce un suono quasi teatrale, nel quale le linee narrative si inseguono e certi timbri concreti sembrano dare una profondità, una specie di costellazione. Un metalinguaggio, forse.

13. Quali sono i tuoi nuovi progetti in vista?

Beh, il primo progetto è riprendere da dove eravamo rimasti e constatare se ciò a cui si stava lavorando merita ancora attenzione. Non so davvero quando ripartirà l'attività concertistica. Il Sestetto Internazionale, il duo con Alison Blunt, il trio con Satoko Fujii e Joe Fonda, il trio Clairvoyance avevano una serie di date in Europa che sono state rimandate. Ma è difficilissimo guardare avanti, i tempi permangono opachi. Da qualche tempo sto pensando a un nuovo album in solo, forse sarebbe un lavoro aderente a questa complessità.



RS DI SPAIRANI

OTTICHE & ILLUMINAZIONE

SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA

VIA SAVONA, 41

20144 MILANO

www.rsmilano.it

02 474369

sede@rsmilano.it

CONFIDENCE BEYOND IMMEDIACY

Straumann® BLX Confidence Beyond Immediacy.



DYNAMIC BONE MANAGEMENT™

Il design dell'impianto permette di ottenere una stabilità primaria ottimale in tutti i tipi di osso.



RISULTATI ESTETICI

La connessione unica permette di avere risultati estetici predicibili e semplici da raggiungere.



REALE FIDUCIA

Le garanzie Straumann su cui contare, Roxolid® e SLActive®, predicibili in ogni situazione clinica.

L'impianto Straumann® BLX rappresenta un concetto che va oltre l'immediatezza: il suo design pionieristico e il Dynamic Bone Management™, i risultati estetici raggiunti con facilità, il materiale, la superficie, le opzioni protesiche, il completo flusso digitale e il leggendario background del brand Straumann® lo rendono un impianto unico, con una impareggiabile stabilità primaria e una incredibile capacità di osteointegrazione.



Per saperne di più
visualizza il QRcode

