

Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

ANNO VIII
N. 4 - 2021



Perimplantite

UNA MALATTIA DIFFUSA



Covid 19

La cura e la profilassi nell'adulto: quali i dubbi e che cosa si deve sapere

Allo stato attuale non esiste una terapia efficace contro l'infezione. Perciò i vaccini sono considerati l'approccio più promettente

Aggiornamento

Il medico competente e la tutela della sicurezza del personale dello studio

Pubblichiamo la seconda parte del corso organizzato da Siaso: come si trasmette il virus e la necessità di un'adesione alla vaccinazione

News & Letteratura

Overdenture su impianti in mandibola: quando si carica

Uno studio su oltre 14mila articoli ha concluso che non c'è differenza tra il metodo dell'approccio immediato e di quello precoce

FINALMENTE: ARRIVA IL "GREEN PASS COVID"

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



Dal mese di maggio sarà disponibile sul fascicolo sanitario elettronico personale il green pass covid che certificherà l'avvenuta vaccinazione.

Con il green pass si potrà entrare nei ristoranti, nei bar, nei cinema, ecc. e si potrà viaggiare senza problemi in Italia e nei Paesi dell'Europa. È un primo passo avanti decisivo per la ripresa delle attività culturali, economiche, ricreative e sociali che tutti stiamo aspettando.

A chi dobbiamo questo piccolo miracolo? Al vaccino! Più persone saranno vaccinate, più rapidamente sarà impedita la libera circolazione del virus e sarà consentita la libera circolazione dei cittadini. In Inghilterra, giunti alla vaccinazione quasi del 70% della popolazione, si è passati da 1200 decessi al giorno a poche unità. Come sempre "la verità è figlia del tempo, non dell'autorità" (B.Brecht) e il tempo sta dimostrando l'efficacia della vaccinazione di massa e l'importanza della mobilitazione del mondo scientifico internazionale.

Lo stesso mondo scientifico che da anni denuncia la grave situazione dovuta all'inquinamento, alla distruzione delle foreste, all'emissione di gas serra, con il conseguente innalzamento della temperatura globale. "L'umanità è sull'orlo della catastrofe", dicono compatti gli scienziati di tutto il mondo. Cosa aspettano i governi del mondo ad ascoltarli? Cosa facciamo noi, singoli cittadini del mondo, per dare il nostro contributo? Non è e non può essere sempre compito degli altri.

Per dirla con un proverbio cinese: "Anche il viaggio più lungo, comincia con un primo passo".

Odontoiatria Team at Work

N. 4 - 2021

4



5



24



- 4 NEWS & LETTERATURA
CORONE IN ZIRCONIA: QUALE CONICITÀ È MIGLIORE
ESTRAZIONE DEL DENTE DEL GIUDIZIO: QUANDO INTERVENIRE
- 5 NEWS & LETTERATURA
OSTEONECROSIS DEI MASCELLARI E STUPEFACENTI
PROTESI REMOVIBILI: COME MANTENERLE A CASA
OVERDENTURE SU IMPIANTI IN MANDIBOLA: QUANDO SI CARICA
- 6 PERIMPLANTITE: DIAGNOSI, PROGNOSI E TRATTAMENTO
- 12 COVID, LA PAROLA ALL'INFETTIVOLOGO: INDICAZIONI E VACCINAZIONE NELL'ADULTO
- 18 MEDICO COMPETENTE E SICUREZZA DEL PERSONALE DELLO STUDIO
- 22 IL XXV CONGRESSO NAZIONALE COI-AIOG
- 23 IN UN LIBRO LE ASO SPIEGANO IL LORO RUOLO
- 24 CAVALLANTI, UN JAZZISTA DAVVERO "LIBERO"

La squadra della rivista



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



FULVIA MAGENGA
ASO



FILIPPO T. CASANOVA
Odontoiatra

Il board editoriale

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

ADERENTE A **confsal**



HENRY SCHEIN®

Krugg

BONE®
SYSTEM

Geistlich
Biomaterials

kuraray
Noritake

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici



RS DI SPAIRANI

OTTICHE & ILLUMINAZIONE

SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA

VIA SAVONA, 41

20144 MILANO

www.rsmilano.it

02 474369

sede@rsmilano.it

NEWS & LETTERATURA

Tratto da: Schriwer C, et al. *The effect of preparation taper on the resistance to fracture of monolithic zirconia crowns. Dent Mater (2021)*

Corone in zirconia: quale conicità è migliore

Negli anni sono state proposte numerose tecniche e protocolli per la preparazione di un elemento dentario in vista della protesizzazione che variano a seconda del materiale scelto per il manufatto protesico, il settore (estetico o meno), la tecnica di cementazione e altre variabili

In questo studio è stata confrontata in vitro la resistenza alla frattura di alcune corone in zirconia cementate definitivamente su secondi premolari inferiori preparati con linea di chiusura a chamfer nei quali variava la conicità di preparazione. Il confronto è avvenuto tra tre gruppi: un primo gruppo nel quale i denti erano stati preparati, sotto microscopia elettronica, con una conicità di 10°, un secondo gruppo nel quale i denti erano stati preparati con la medesima tecnica con una conicità di 15° e un terzo nei quali erano stati preparati a 30°.

Inoltre, per ogni gruppo di conicità c'è stata una ulteriore divisione in due grup-

pi, uno con uno spazio per il cemento di 30 micron e uno con uno spazio per cemento di 60 micron.

Successivamente, appurato che le corone non avessero difetti o cricche, i manufatti cementati sono stati posti sotto una pressa idraulica che applicava una pressione crescente e perpendicolare a livello del tavolo occlusale, fino alla frattura.

Successivamente, è stata valutata la differenza tra i gruppi.

Esiste una differenza statisticamente significativa tra preparazioni a 30° e preparazioni a 10 e 15°: un più ampio angolo di preparazione riduce la resistenza al carico dei manufatti in zirconia, inoltre un maggior spazio per cemento (60 micron invece di 30 micron), pur consentendo un miglior inserimento del manufatto sul moncone, non aumenta la resistenza alla frattura.

a cura di Filippo Turchet Casanova



Tratto da: Myrthel Vranckx MSc, PhD researcher, Steffen Fieuws MSc, PhD, *Prophylactic vs. symptomatic third molar removal: effects on patient postoperative morbidity, The Journal of Evidence-Based Dental Practice (2021)*

Estrazione del dente del giudizio: quando intervenire

Uno studio recentemente pubblicato riporta l'attenzione sulla tematica dell'avulsione del dente del giudizio, procedura che spesso ci si trova a dover affrontare nella pratica quotidiana. Quando è meglio intervenire? Preventivamente o attendendo sintomi? Sono stati considerati un totale di 6010 pazienti, di cui 2752 maschi (45.8%) e 3258 femmine (54.2%), di età media 25 anni.

I risultati della ricerca sono i seguenti.

I pazienti più giovani (meno di 16 anni) hanno accusato un maggiore discomfort nel postoperatorio, ma di minore durata. D'altro canto, le probabilità di soffrire di un dolore persistente nel postoperatorio erano più alte nei pazienti di 25 anni e oltre. Inoltre, con il passare degli anni, aumenta l'incidenza di una estrazione sintomatica del dente del giudizio. Gli autori riportano inoltre una significativa differenza tra maschi e femmine circa la percezione del dolore postoperatorio, in quanto queste ultime hanno riportato più alti livelli di dolore post-operatorio immediato e persistente. Sembra dunque opportuno, alla luce di questo studio con ampi numeri, intervenire alle prime manifestazioni sintomatiche e prima dei 25 anni.

a cura di Filippo Turchet Casanova



NEWS & LETTERATURA

Tratto da R. Sacco, R. Ball, E. Barry, O. Akintola, *The role of illicit drugs in developing medication-related osteonecrosis (MRONJ): a systematic review, British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 59, Issue 4, 2021, Pages 398-406*

Osteonecrosi dei mascellari: c'entrano gli stupefacenti?

Sappiamo da anni che alcuni farmaci (antiostrogenici e antiangiogenici) sono correlati con l'osteonecrosi dei mascellari in seguito a manovre odontoiatriche: ricordiamo in particolare i Bifosfonati.

Ma quali altre sostanze possono causare questa condizione?

In questa revisione sistematica della letteratura sono stati selezionati alcuni articoli allo scopo di indagare la correlazione tra necrosi dei mascellari e consumo di droghe ricreative.

Sono stati selezionati un totale di 101 casi riconducibili presumibilmente al

consumo di droghe.

Si è visto che il mascellare superiore risulta essere più colpito rispetto al mascellare inferiore, e che la droga maggiormente responsabile dell'osteonecrosi, tra le molecole considerate, è una molecola nota con il nome di "Krokodil" (desomorfina, un oppiaceo), seguita da cocaina, metanfetamina, steroidi anabolizzanti e idrocodone. Nonostante la scarsa quantità di dati sulla materia, tale orizzonte di studio rimane interessante da esplorare con maggiore cura.

tratto da: Lucrezia Cinquanta, Elena Maria Varoni, Christian Barbieri, Andrea Sardella, *Patient attitude and habits regarding removable denture home hygiene and correlation with prosthesis cleanliness: A cross-sectional study of elderly Italians, The Journal of Prosthetic Dentistry, Volume 125, Issue 5, 2021, Pages 772.e1-772.e7*

Protesi removibili: come si mantengono a casa

Uno studio cross sezionale italiano ha indagato le abitudini di pazienti anziani nel mantenere pulita la propria protesi rimovibile a casa tutti i giorni. 161 pazienti volontari hanno compilato un questionario e si sono sottoposti a una visita dove veniva valutato obiettivamente lo stato della protesi da un osservatore, tramite un sistema di scoring a 3 punti.

L'età media dei partecipanti (92 donne e 69 uomini) era di 76 anni per le donne e 74 per gli uomini (con un intorno di circa 6 anni per ambo i sessi).

In questa coorte è emerso che tendenzialmente la detersione domiciliare della protesi è scarsa, e i pazienti ricorrono (erroneamente) all'utilizzo di dentifricio per la pulizia della protesi, nonostante non sia il modo corretto per detergere il manufatto. Alla luce di questo studio bisogna riflettere su come fornire inequivocabili e chiare istruzioni sul corretto mantenimento della protesi ai pazienti e, in caso avessero un collaboratore domestico, a quest'ultimo.

a cura di Filippo Turchet Casanova

tratto da: Guilherme Almeida Borges, Raphael Cavalcante Costa, Bruna Egumi-Nagay, Marcela Baraúna Magno, Lucianne Cople Maia, Valentim Adelino R. Barão, Marcelo Ferraz Mesquita, *Long-term outcomes of different loading protocols for implant-supported mandibular overdentures: A systematic review and meta-analysis, The Journal of Prosthetic Dentistry, Volume 125, Issue 5, 2021,*

Overdenture su impianti in mandibola: quando si carica



Una revisione della letteratura scientifica ha esaminato, a partire da 14234 articoli, diversi protocolli di carico per le overdenture su impianti in mandibola. Una selezione ha permesso di prendere in considerazione 23 studi, ed è stata eseguita la meta analisi confrontando gli studi che presentavano dati sul carico precoce e sul carico immediato.

Non sono state riscontrate, alla luce di questi dati, significative differenze tra l'approccio a carico immediato e l'approccio a carico precoce. Si può dunque concludere che non esiste differenza tra le due metodiche e che dunque il protocollo per la protesizzazione con overdenture è, indipendentemente dalla scelta, una metodica predicibile e ben protocollata.

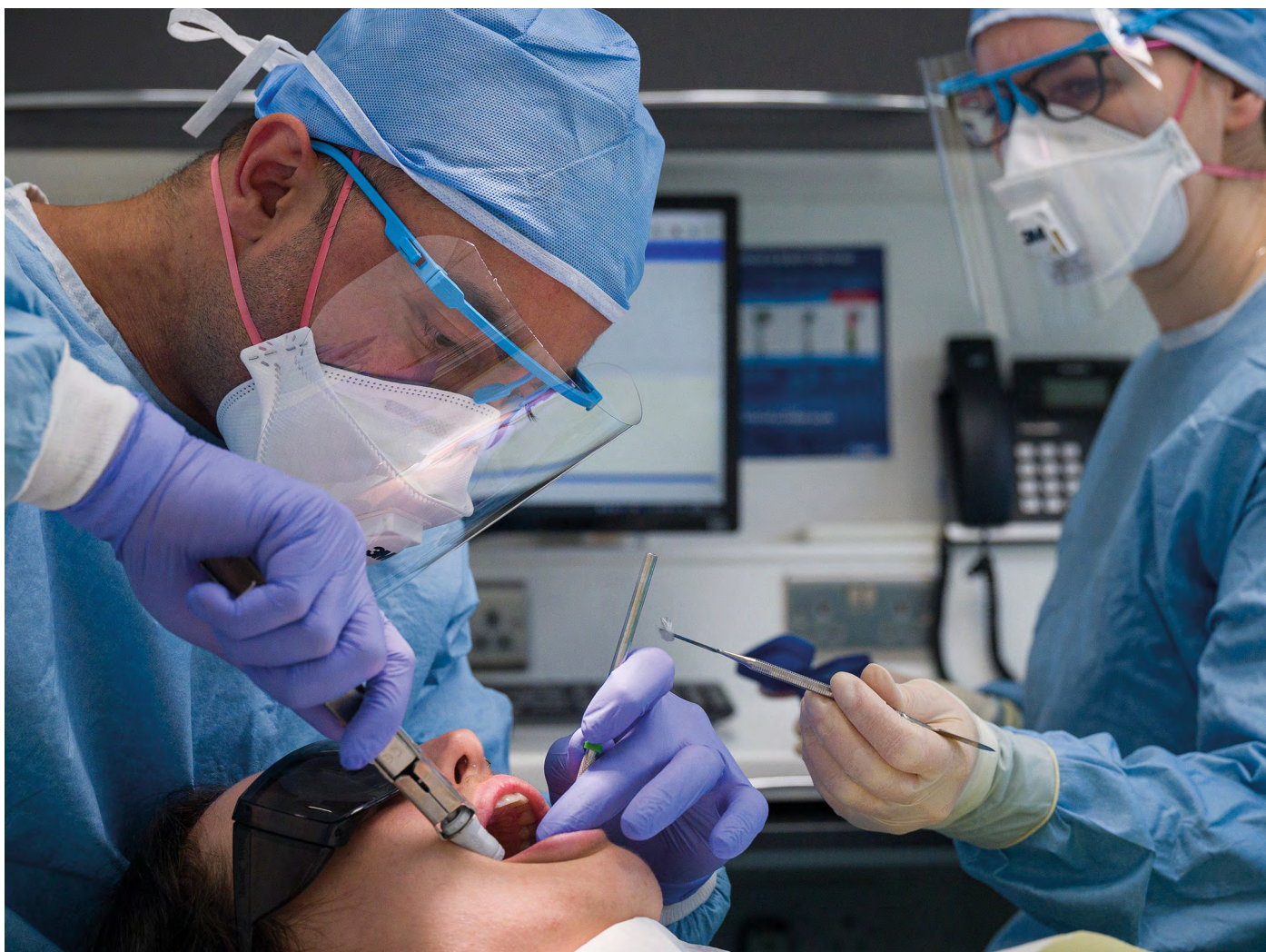
a cura di Filippo Turchet Casanova

LA PERIMPLANTITE: DIAGNOSI, PROGNOSI, TRATTAMENTO

a cura di **Vincent Rossi**

ODONTOIATRA, MILANO

VINCENT.ROSSI@HOTMAIL.IT



“**L**a medicina è la scienza dell'incertezza e l'arte della probabilità”. Pur non amando gli aforismi ridondanti, parto nella mia relazione da questa citazione di William Osler che trovo particolarmente adatta a introdurre il tema della perimplantite, una patologia relativamente giovane iniziata con l'inserimento degli impianti e di cui, di conseguenza, abbiamo una conoscenza ancora parziale. Secondo la nuova classifica AAP&EFP del 2018, realizzata dai più grandi esperti in tema di malattia parodontale, notiamo una novità determinante: prima di entrare nel merito della patologia va ridefinito il concetto di salute dell'impianto. Non è infatti sempre facile individuare eventuali patologie, mu-

cositi e perimplantiti in primis. I key points del concetto di salute dell'impianto passano dalla valutazione di:

- assenza di arrossamento gengivale
- assenza di sanguinamento al sondaggio
- assenza di gonfiore gengivale
- assenza di essudazione purulenta

Come facciamo a riconoscere queste caratteristiche? Ovviamente attraverso l'esame clinico che, a sua volta, deve passare da:

1) Esame visivo

2) Palpazione gengivale

3) Sondaggio con sonda parodontale che consente di individuare e monitorare nel tempo iBoP, iPD e iREC sulla base del quale si può prendere in considerazione un intervento terapeutico

I tessuti perimplantari e parodontali sani non presentano differenze all'esame visivo. I siti implantari presentano, di norma, profondità al sondaggio maggiore rispetto ai denti naturali. Nei siti interprossimali di un impianto, la papilla potrebbe essere più corta rispetto ai denti naturali. Anche in presenza di un impianto in salute bisogna tenere in considerazione un rimodellamento osseo che avviene

fisiologicamente nei siti che perdono un dente.

Gli studi dimostrano che il sondaggio parodontale lieve, dunque con forze calibrate, non ha controindicazioni e costituisce una manovra fondamentale a completamente dell'esame clinico che non comporta danni tissutali.

Non è possibile definire un range di profondità al sondaggio corrispondente a uno stato di salute o meno, ma è più importante per individuare i segni dell'infiammazione. Questo demarca una differenza dai denti in cui i millimetri del sondaggio sono un po' più definiti tra quello che è un solco gengivale sano e quella che invece è una tasca patologica. Questo perché i tessuti molli dipendono dalla posizione dell'impianto come anche dal sito in cui lo mettiamo e dal biotipo del paziente: pensiamo al sito palatale di un settimo di una persona con un grande biotipo dove è difficile avere un sondaggio inferiore a 4/5 millimetri rispetto a un biotipo più sottile in una zona frontale in cui i tessuti sono molto meno importanti e rappresentati.

Per quanto riguarda l'istologia, l'altezza media della mucosa perimplantare sana è di 3/4 millimetri e può essere caratterizzata da epitelio cheratinizzato o non cheratinizzato. È composta da un epitelio sulcolare, un piccolo epitelio giunzionale e un tessuto connettivo in contatto diretto con l'impianto che crea in effetti un sigillo. È ammesso un leggero infiltrato infiammatorio in questi tessuti e, se vogliamo, è proprio lì "che si gioca la partita". Il nostro tessuto connettivo rappresenta quella cercine, quel tubo che adeso al nostro impianto deve rappresentare la porta che deve rimanere chiusa rispetto alla placca batterica che si può accumulare anche in maniera normale all'interno del nostro solco. Questa porta, quando c'è infiammazione, tende ad aprirsi e quindi a dare la possibilità a questa placca batterica di scendere nei tessuti più profondi.

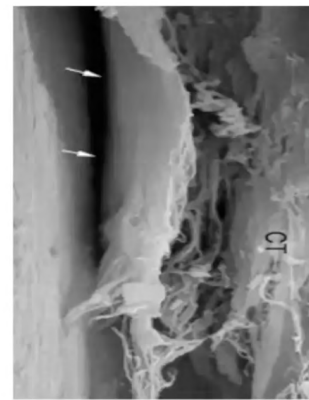
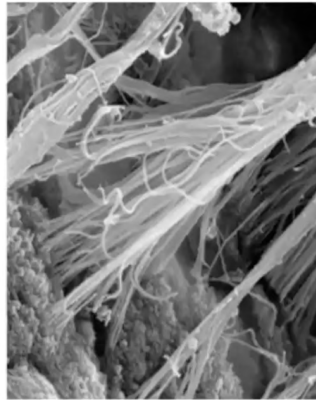
La superficie infraossea dell'impianto è a contatto con l'osso mineralizzato (in minor quantità con osso midollare, strutture vascolari e tessuto fibroso), sempre in uno stato di salute. Il tessuto perimplantare invece è privo di cemento e di legamento parodontale. L'epitelio perimplantare per la guarigione dei tessuti è spesso più lungo e

nel tessuto connettivo non ci sono fibre orizzontali che si inseriscono nella superficie implantare. I tessuti perimplantari sono meno vascolarizzati nella zona compresa tra l'osso prestante e l'epitelio giunzionale.

- possibile aumento della profondità di sondaggio (gonfiore e minor resistenza)

Per quanto riguarda gli studi eseguiti in vitro e in vivo su modello animale

DENTE



IMPIANTO

Andiamo ora a vedere la patologia e partiamo dalla mucosite. Per fare una diagnosi di mucosite perimplantare, come per la gengivite, è necessario riscontrare segni clinici di infiammazione:

- arrossamento gengivale
- sanguinamento al sondaggio lieve
- gonfiore gengivale
- e/o essudazione purulenta

ci dicono che il fattore eziologico principale è la placca batterica, mentre la risposta infiammatoria è individuale da paziente a paziente (fumo, diabete mellito e radioterapia possono modularla o modificarla). Ognuno risponde all'insulto batterico in maniera differente.

Per quanto concerne l'istologia della mucosite, la lesione infiammatoria è ben definita e circoscritta, posizionata lateralmente rispetto all'epitelio giun-





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



zionale/epitelio della tasca. Infiltrato infiammatorio ricco di strutture vascolari, plasmacellule e linfociti che non si estende apicalmente all'epitelio giunzionale/epitelio nei tessuti connettivi sovracrestali.

Riguardo all'evoluzione gli studi dicono che la risoluzione della mucosite perimplantare è possibile e può richiedere più di tre settimane a partire da quando viene ristabilito il controllo sulla placca/biofilm. Può evolvere in perimplantite, specialmente se il paziente non segue una regolare terapia di mantenimento. Non sono state identificate le caratteristiche o le condizioni tipiche dei casi in cui la mucosite perimplantare progredisce in perimplantite nei pazienti a rischio.

Eccoci dunque al tema del nostro corso, la perimplantite. Per una diagnosi è necessario riscontrare segni clinici di infiammazione:

- arrossamento gengivale
- sanguinamento al sondaggio lieve
- gonfiore gengivale
- e/o essudazione purulenta
- aumento della profondità di sondaggio
- perdita ossea radiografica (rispetto a

esami precedenti)
- e/o recessione del margine mucoso

Esame clinico

La profondità al sondaggio dei siti interessati da perimplantite è correlata alla perdita ossea e, pertanto, viene considerata un indicatore della gravità della malattia. La velocità di progressione della perdita ossea varia da un paziente all'altro con andamento non lineare nel tempo, ma sembrerebbe avere un'accelerazione man mano che la perimplantite diventa più importante. Per quanto riguarda l'eziologia, anche per la perimplantite parliamo di placca batterica e ci sono solide convenzioni dei ricercatori che i pazienti con uno scarso controllo della placca che non eseguono regolarmente la terapia di mantenimento presentano un maggior rischio di sviluppare perimplantite. Al tempo stesso l'aspetto confortante è che le strategie di trattamento antinfettive riescono a ridurre l'infiammazione dei tessuti molli e a bloccare/rallentare la progressione della malattia. Dunque la terapia causale che molto spesso viene messa quasi in dubbio rispetto alla terapia chirurgica comunque rallenta il problema. E anche

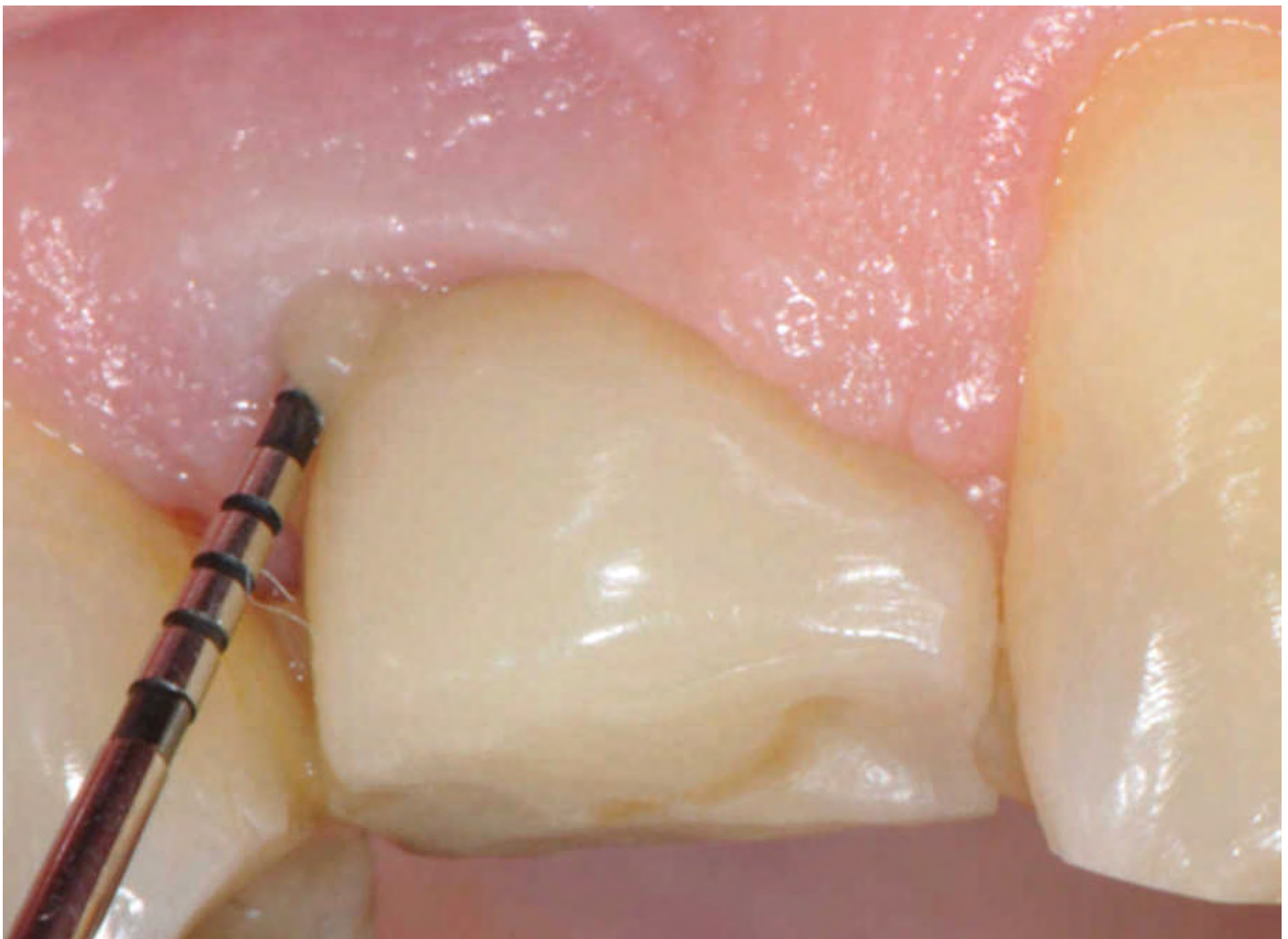
in funzione di un trattamento chirurgico non è prescindibile: i nostri tessuti quando vengono trattati devono essere in una condizione di infiammazione minima.

Veniamo ora ai fattori di rischio:

- impianti malposizionati possono determinare una maggiore prevalenza di casi di perimplantite
- fumo e diabete (poche evidenze)
- cemento a livello submucosale e prote-si non detergibili (poche evidenze)

La perimplantite su un impianto posizionato in una maniera scorretta tridimensionalmente rispetto alla cresta ossea presenta una condizione di maggior rischio per l'accumulo di placca e per la difficoltà nel detergere la struttura protesica che viene caricata sopra l'impianto e si vanno a creare condizioni di rischio per la perimplantite.

Altri fattori di rischio sotto la lente di ingrandimento sono l'assenza di mucosa cheratinizzata perimplantare, il sovraccarico oclusale, la presenza di particelle di titanio, la necrosi da compressione dell'osso, il surriscaldamento delle frese durante la preparazione per cui deve



SLIDE DALLA 1 ALLA 9

essere garantito un flusso di fisiologica, i micromovimenti tra osso e impianto e la biocorrosione (deboli evidenze).

Da un punto di vista istologico le lesioni infiammatorie si estendono apicalmente rispetto all'epitelio giunzionale/epitelio della tasca e presentano densità e numero elevato di plasmacellule, macrofagi e granulociti neutrofili. Sono più ampie rispetto a quelle riscontrabili nella mucosite perimplantare. Non sono stati identificati batteri specifici o citochine proinfiammatorie caratteristiche.

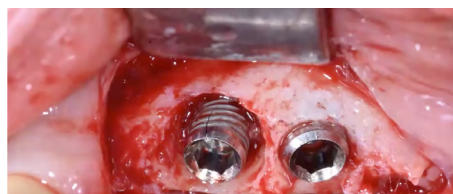
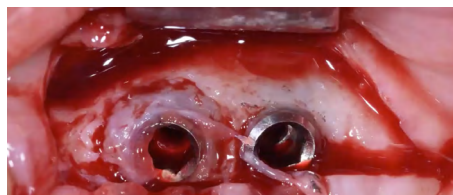
Andiamo ora all'analisi dell'evoluzione della perimplantite:

- può insorgere precocemente
- se non curata, sembra progredire secondo un modello non lineare e a velocità crescente
- progredisce più velocemente rispetto alla malattia parodontale

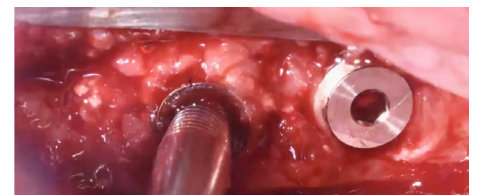
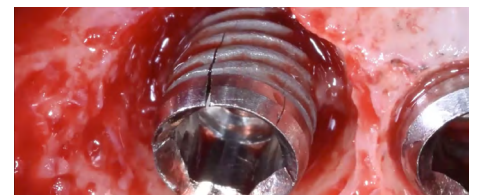
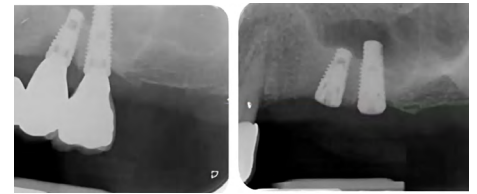
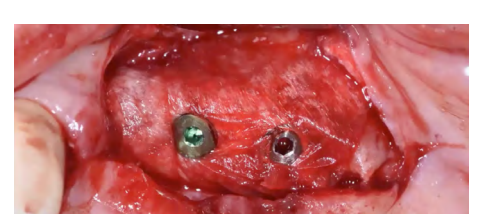
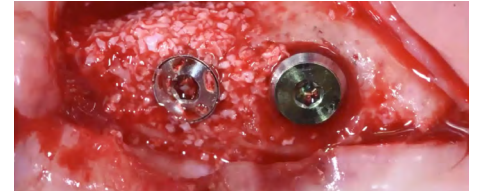
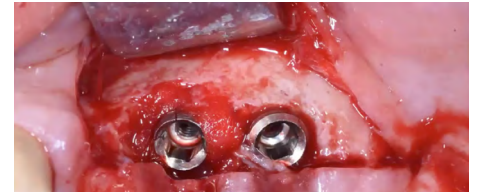
Cosa consiglia la letteratura scientifica rispetto alla diagnosi?

È consigliabile registrare il sondaggio e l'esecuzione al baseline protesico di una radiografia endorale al momento della protesizzazione e a un anno di distanza dal carico protesico (diagnosi differenziale con il rimodernamento fisiologico dell'osso). Se non si dispone di dati clinici o radiografici pregressi, la nuova classificazione suggerisce di considerare in maniera standard una perimplantite quando abbiamo profondità di sondaggio >6 mm e una perdita ossea >3 mm oltre al punto più coronale della porzione implantare infraossea. Se dunque vediamo che sostanzialmente le spire, cioè la porzione ruvida o macchinata che deve stare dentro il nostro volume osseo, ha perso circa 3 o più mm dobbiamo sospettare una perimplantite. Esistono centinaia di aziende implantari che hanno commercializzato impianti di diversissime anatomie, forme, sistematiche protesiche, quindi diventa davvero difficile standardizzare degli studi sulla perimplantite. L'impianto ideale, a oggi, è impossibile da identificare in maniera assoluta.

Procediamo con un po' di clinica (SLIDE CLINICA 1). Qui abbiamo una paziente che partiva con un problematica (SLIDE CLINICA 2) soprattutto di parafunzione: si era aperta un diastema e aveva consumato sia denti che protesi (SLIDE CLINICA 3). Decido dunque di inserire due impianti: la patente spacca l'estensione di quello provvisorio sul quarto, che va a cadere sull'impianto e, non so se sia quella la causa, perdo l'impianto più me-



SLIDE DALLA 10 ALLA 18

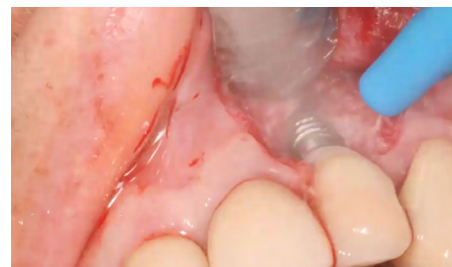
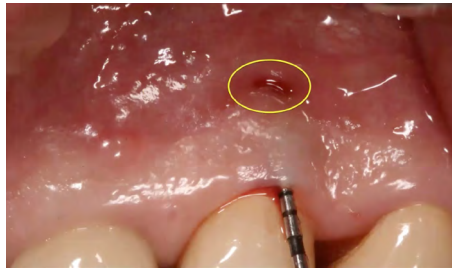


SLIDE DALLA A1 ALLA A6

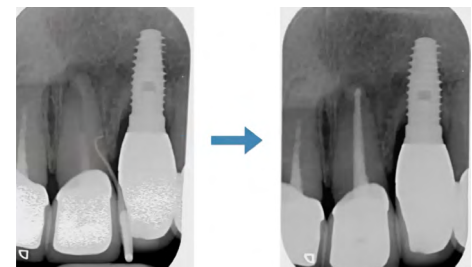
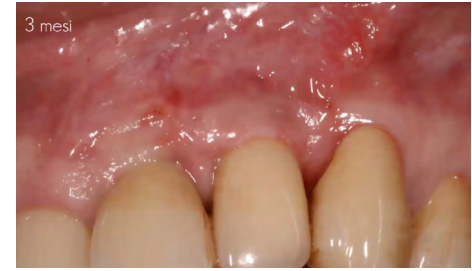
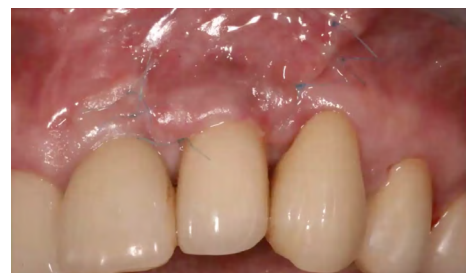
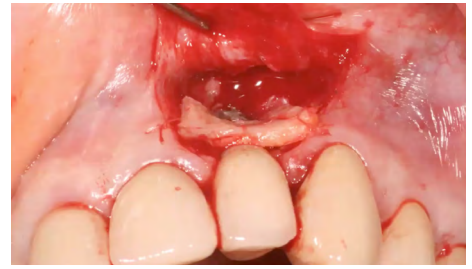
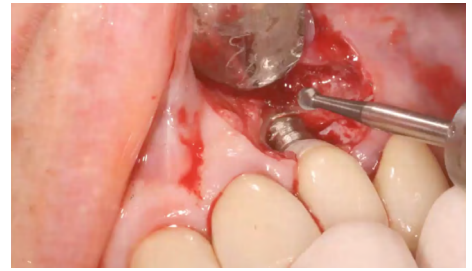
siale. Ne metto dunque uno più distale (SLIDE CLINICA 4). Dopo due anni vedo segni di chipping a livello della ceramica: tutto sommato sono abbastanza tranquillo e procedo con le lastre che mostrano una perdita ossea superiore ai 3 mm (SLIDE CLINICA 5) a fronte di rimodellamento più fisiologico. A questo punto, con una protesi ancora "giovane", vado a rimuovere il ponte che avevo eseguito con una estensione mesiale (SLICE CLINICA 6), vedo che ci sono dei segni di infiammazione, di mucosite e perimplantite (SLIDE CLINICA 7), e decido di eseguire una rigenerativa perimplantare avendo fatto diagnosi di perimplantite (SLIDE CLINICA 8). Una volta pulito l'impianto, lo detergo con queste garzine (SLIDE CLINICA 9) e riempio di osso il deficit a cratere intorno a questo impianto (SLIDE CLINICA 10) per poi mettere una membrana a poncho fissata sulle viti degli impianti (SLIDE CLINICA 11). Una volta chiuso, la radiografia è confortante (SLIDE CLINICA 12). Rianalizzando il materiale, ingrandendo le immagini a disposizione, mi accorgo che la diagnosi di perimplantite era errata (SLIDE CLINICA 13).

Tutto questo per spiegare che la diagnosi di questo problema, che era una frattura dell'impianto, è molto difficile anche perché non visibile a livello radiografico. Al che ho dovuto riaprire (SLIDE CLINICA 14/15/16/17/18), rimuovere con una leva e inserire un impianto in zona mesiale per concludere il ponte successivamente.

Passiamo ora al caso di una paziente che si è presentata per una fistola a livello di questo 22 (SLIDE CLINICA A1/A2/) che aveva i segni da infiammazione da mucosità o perimplantite. La mia diagnosi è stata una perdita iniziale di quel tessuto osseo che non consideravo fisiologico a distanza di anni su quel 22 (SLIDE CLINICA A3). Sono dunque intervenuto chirurgicamente (SLIDE A4/A5), ho sollevato il lembo (SLIDE CLINICA A6), ho eseguito la pulizia delle polveri per detergere la superficie perimplantare, ho dato una smussata a quella che reputavo essere la causa di quell'infezione e ho inserito un tessuto connettivo a dare rinforzo, ad aumentare quel sigillo coronale (SLIDE A8/A9). La guarigione è avvenuta bene (SLIDE CLINICA A10/A11/A12), ma a 3 mesi di distanza la fistola era ancora lì (SLIDE A13). L'errore è stato che c'era una lesione endodontica a livello dell'incisivo (SLIDE CLINICA A14).



SLIDE DALLA A7 ALLA A13



INDICAZIONI E PROSPETTIVA VACCINALE ANTI COVID NELL'ADULTO. QUALI SONO I DUBBI? COSA C'È DA SAPERE?

a cura di **Dario Bernacchia**
INFETTIVOLOGO, MILANO
OSPEDALE LUIGI SACCO



Oggi (18 aprile 2021), allo stato dell'arte, non esiste una terapia efficace eziologica per quanto riguarda il Coronavirus. Tutte le strategie terapeutiche adottate al momento non hanno un valore per quanto riguarda la cura. Anche l'unico farmaco antivirale (Arrendesi) che era stato approvato dall'Agenzia europea del farmaco si è visto che non è del tutto salvavita, per cui i vaccini per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 sono considerati l'approccio più promettente per il contenimento della pandemia in atto. Dalla fine del 2020 numerosi vaccini sono disponibili in diverse parti del mondo: circa 40 vaccini sono in fase di trial nell'uomo e oltre 150 sono in fase preanalitica. Qual è lo scopo del vaccino? Sostanzialmente, simulare un'infezione nel corpo umano tale per cui noi riusciamo a proteggerci senza contrarre i rischi connessi all'infezione stessa. Dunque il fulcro del vaccino è un antigene virale, ossia una proteina virale che possa garantire la formazione di un'immunità efficace se incontrata dal sistema immunitario. Per i vaccini studiati per la SARS e la MERS il target antigenico più importante era risultato essere la proteina membrana Spike. Una proteina

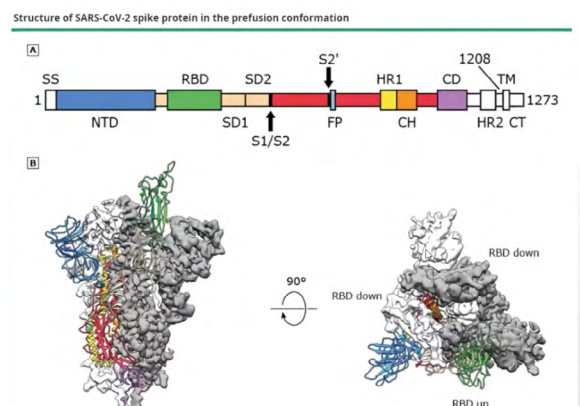
Spike analoga è presente anche in SARS-CoV-2 e tale proteina lega il recettore ACE2 (angiotensin-converting-enzyme 2) presente sulle cellule dell'epitelio respiratorio dell'ospite e inducono la fusione delle membrane.

Le basi immunologiche per la vaccinazione Covid-19

Molteplici osservazioni supportano il ruolo della vaccinazione nella prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2. Negli studi sui primati, per esempio, l'infezione sperimentale con virus wild-type protegge contro infezioni successive, indicando che all'infezione possa conseguire un'immunità protettiva. La vaccinazione di primati in laboratorio li protegge contro la re-infezione virale e quindi lo sviluppo di anticorpi neutralizzanti permette una protezione. Perciò vaccini che permettono lo sviluppo di una risposta neutralizzante saranno in grado di offrire una protezione dal Covid-19. Le infezioni naturali a partire dalle vie respiratorie permettono lo sviluppo di una risposta immunitaria sia mucosale che sistemica. La maggioranza dei vaccini che sono somministrati per via intramuscolare permettono di

sviluppare in primis una robusta risposta immunologica di tipo sistemico e una risposta meno forte a livello della mucosa delle alte vie respiratorie. Questo non vale per tutti quei vaccini che vengono somministrati per via inalatoria.

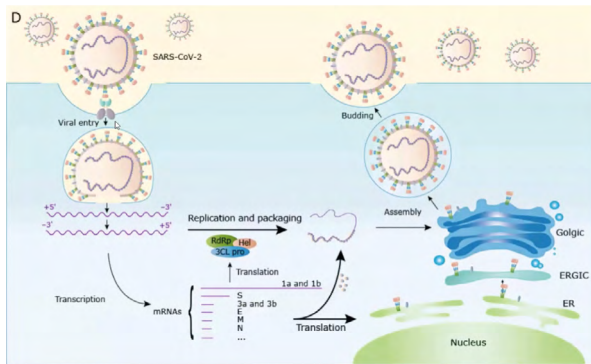
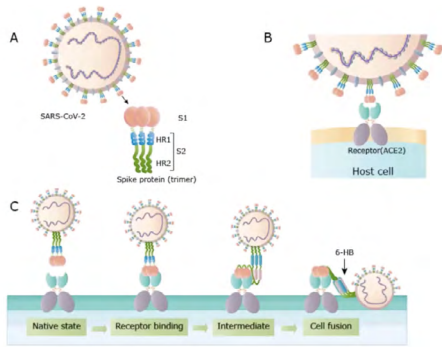
SLIDE 1



È una slide molto difficile che mostra l'immagine 3D della proteina Spike, quindi il target, l'obiettivo contro cui noi attraverso la vaccinazione cerchiamo di proteggerci. Cosa fa la spike protein?

SLIDE 2 e SLIDE 3

È un trimerico espresso sulla superficie

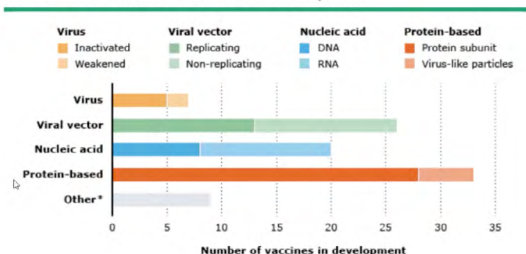


del virus che permette l'entrata del virus nella cellula ospite. Il virus entra nella cellula ospite, libera il suo materiale genetico che poi verrà trascritto in mRNA e a questo punto andrà a produrre ulteriori proteine virali che andranno ad assemblarsi e a gemmare fuori dalla cellula perpetrando l'infezione.

Quali sono le tecnologie che in realtà sono state studiate per i vaccini anti Covid? Sono numerose: abbiamo quelle che utilizzano virus inattivati o attenuati, vettori virali replicanti o non replicanti, acidi nucleici, cioè sostanzialmente materiale genetico DNA o RNA, e vaccini basati su subunità proteiche o particelle che sembrano virali.

SLIDE 4

Platforms for SARS-CoV-2 vaccines in development



Per quanto riguarda il Coronavirus, la maggior parte di trial vaccinali sono quelli basati sulle proteine che non sono ancora in commercio perché i processi, non solo produttivi, sono più lunghi.

Vaccini a virus inattivato

Sono prodotti dalla crescita di SARS-

CoV-2 in coltura cellulare, dopodiché il virus viene chimicamente inattivato. Il virus inattivato viene quindi combinato con alluminio e altri adiuvanti nel vaccino per stimolare la risposta immune. I vaccini a virus inattivati sono somministrati per via intramuscolare. La risposta immunitaria provocata da questo tipo di vaccini non è diretta solo verso lo Spike, ma anche verso altre componenti del virus. È uno dei vaccini più completi.

Vaccini a virus vivo e attenuato

Sono sviluppati a partire dal virus "selvatico" creando delle versioni geneticamente più deboli. Questi virus indeboliti possono replicare nel ricevente e generare una risposta immunitaria, ma non causare la malattia vera e propria. Un vaccino Covid-19 vivo e attenuato potrebbe stimolare sia l'immunità morale (anticorpale) che quella cellula-mediata verso molteplici fonti antigeniche del virus. Un altro vantaggio del virus vivo e attenuato è che esso potrebbe essere somministrato per via intranasale, come il vaccino vivo e attenuato dell'influenza, che potrebbe indurre una risposta mucosale nel sito di entrata del virus a livello delle alte vie respiratorie. Dal punto di vista della sicurezza, alcune preoccupazioni possono essere destinate dal fatto che i virus vivi attenuati di questi vaccini potrebbero regredire alla forma virale selvatica. Numerosi vaccini vivi e attenuati sono in sviluppo, in fase proclitica, ma non hanno ancora raggiunto lo step di trial sull'uomo. Di questa categoria ne esistono diversi in commercio, basti pensare a quelli per le malattie esantematiche.

Vaccini con vettore virale

Ne esistono due categorie:

- quelli con vettore incompetente alla replicazione che usano diversi vettori virali ingegnerizzati per non replicare in vivo perché esprimano proteine virali, fondamentali per montare la risposta immunitaria. I più comuni vettori utilizzati sono gli adenovirus, ma possono includere anche virus dell'influenza, virus parainfluenzali e altri.

- quelli con vettore competente alla replicazione utilizzati per questi vaccini derivano da virus attenuati. Usando questo tipo di vettori si ottiene una risposta immunitaria più robusta perché replicando vanno a stimolare la risposta immunitaria a partire da quella innata. Tra i vaccini Covid-19 in via di sviluppo con questo tipo di tecnologia, i vettori competenti alla replicazione sono ingegnerizzati per esprimere la proteina Spike in ceppi di virus del morbillo, influenza, virus della

stomatite vescicolare e virus new castle.

Vaccini a DNA

Sono costituiti da un plasmide (di forma circolare) di DNA contenente un gene target che si vuole fare esprimere nel soggetto vaccinato. Il DNA andrà dunque a esprimere una proteina specifica che possa evocare una risposta immunitaria. Grandi quantità di DNA plastifico possono essere prodotti da colture di batteri come l'escherichia coli, e questo rappresenta il maggior vantaggio di questo tipo di vaccini (economico). Questo tipo di vaccini offrono purtroppo una bassa immunogenicità e hanno bisogno di raggiungere il nucleo cellulare per essere trascritti a mRNA e successivamente a proteine in grado di produrre la risposta immunitaria. Gli adiuvanti per il trasporto nel nucleo spesso risultano essere un limite per questo tipo di vaccini.

Vaccino a RNA

Sono i primi vaccini per SARS-CoV-2 a essere stati prodotti e rappresentano un nuovo approccio alla strategia vaccinale mondiale. Una volta somministrati, l'RNA viene tradotto nella proteina target capace di stimolare la risposta immunitaria. L'RNA messaggero (mRNA) rimane nel citoplasma cellulare e non deve entrare nel nucleo: non interagiscono né si integrano al DNA del soggetto vaccinato. Questi vaccini sono prodotti completamente in vitro, per questo ne è stata facile la produzione. Dal momento che la tecnologia utilizzata è estremamente recente, la capacità di produrre grandi quantità di vaccino non è stata ancora mai testata e alcuni vaccini devono essere conservati a temperature estremamente basse (ciò complica la loro gestione e conservazione).

Caratteristiche vaccino Pfizer-BioNTech (BNT162b2)

- * Vaccino a mRNA
- * Approvazioni EMA 21/12/2020 - AIFA 22/12/2020
- * Indicato per soggetti con più di 16 anni
- * 2 dosi di circa 0,3 ml ciascuna per intramuscolare, somministrate a 3 settimane l'una dall'altra
- * efficacia 95% per Covid sintomatico
- * -60°C o -80°C conservazione lotto
- * -8°C per 5 giorni prima dell'utilizzo

Come funziona: l'RNA viene trascritto nella cellula ospite che trascrive la proteina non-spike che va a farsi riconoscere dalla cellula dell'immunità che crea e produce degli anticorpi antispike che andranno a proteggere il nostro orga-



FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

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



Il segreto



di uno splendido sorriso



nismo.

Caratteristiche vaccino Moderna (mRNA-1273)

* Vaccino a mRNA

* Approvazioni EMA 06/01/2021 - AIFA 07/01/2021

* Indicato per individui con età uguale o superiore a 18 anni

* 2 dosi di circa 0,5 ml ciascuna per via intramuscolare con somministrazione a 1 mese l'una dall'altra

* Efficacia 94% per Covid sintomatico

* -25°C o -15°C conservazione lotto

* +8°C o +2°C per 30 giorni prima dell'utilizzo

Caratteristiche vaccino AstraZeneca o Vaxzevria (AZD1222)

* Vaccino a vettore virale incompetente

* Approvazioni EMA 29/01/2021 - AIFA 30/01/2021

* Indicato per individui con età uguale o superiore a 18 anni

* 2 dosi per via intramuscolare con somministrazione a distanza di 4-12 settimane l'una dall'altra (WHO consiglia 8-12 settimane)

* Efficacia cumulativa oltre 80% per Covid sintomatico se seconda somministrazione dopo 12 settimane

* +2°C o +8°C conservazione

Rispetto ai vaccini Pfizer/BioNTech e Moderna, entrambi a base mRNA, quello di AstraZeneca e Università di Oxford sfrutta un approccio diverso per indurre risposta immunitaria nell'organismo verso la proteina spike. Si tratta di un vaccino a vettore virale che utilizza una versione modificata dell'adenovirus dello scimpanzé, non più in grado di replicarsi, come vettore per fornire le istruzioni per sintetizzare la proteina spike di SARS-CoV.2. Una volta prodotta, la proteina può stimolare una risposta immunitaria specifica, sia anticorpale che cellulare. La tecnologia è la stessa alla base del primo vaccino approvato per Ebola alla fine del 2019, l'unico basato su un vettore virale a oggi disponibile. Pur essendo ancora poco utilizzata, questa tecnologia presenta vantaggi significativi rispetto a quella a mRNA: non solo un costo di sviluppo decisamente inferiore, ma anche una maggiore stabilità che non richiede temperature eccessivamente basse per la conservazione e il trasporto.

I primi risultati di efficacia di AZD1222 riguardano 4 studi clinici randomizzati, in doppio cieco, 2 nel Regno Unito e gli altri 2 in Brasile e Sudafrica, che hanno coinvolto complessivamente 23.848 persone. I partecipanti di età >18 anni sono stati randomizzati (con rapporto di al-

locazione 1:1) e assegnati a uno dei due gruppi: gruppo di soggetti che ricevono il vaccino o gruppo di controllo che riceve vaccino antimeningococcico ACWY o soluzione salina. Durante la sperimentazione in uno dei due studi condotti nel Regno Unito i partecipanti hanno ricevuto per errore soltanto mezza dose durante la prima somministrazione e hanno continuato ad assumere la seconda dose normalmente. L'efficacia è stata del 62.1% nella coorte che ha ricevuto due dosi complete e 90% nei partecipanti che hanno ricevuto soltanto mezza dose alla prima somministrazione (e una seconda dose piena). Le ragioni di questa differenza sono sconosciute e verosimilmente controintuitive. I ricercatori stanno effettuando approfondimenti per determinare il meccanismo sottostante all'aumento di efficacia con il regime a basso dosaggio. Con una circolare del 22 febbraio 2021 il ministero della Salute, in seguito al parere della Commissione tecnico-scientifica di AIFA e alle precisazioni del Consiglio superiore di sanità, ha esteso la possibilità di utilizzo del vaccino Covid-19 AstraZeneca fino a 65 anni di età, a eccezione dei soggetti estremamente vulnerabili. L'indicazione fino a 65 anni è rafforzata da nuove evidenze scientifiche che riportano stime di efficacia maggiori rispetto alle precedenti, dati di immunogenicità in soggetti di età superiore ai 55 anni e nuove raccomandazioni internazionali come il pare-

re dello Strategic advisory Group of experts (Sage) on Immunization dell'OMS.

Come funziona: sostanzialmente abbiamo un virus che ha materiale genetico che viene ingegnerizzato per produrre all'ingresso della cellula umana la proteina dello spike che poi viene espressa sulla membrana cellulare e permette la formazione di anticorpi per difenderci dall'infezione.

Caratteristiche vaccino Janssen Johnson & Johnson:

* Vaccino a vettore virale incompetente (Adenovirus umano 26)

* Approvazioni EMA 11/03/2021 - AIFA 12/03/2021

* Indicato per individui con età uguale o superiore a 18 anni

* Singola dose 0,5 ml per via intramuscolare

* Efficacia del vaccino che nelle forme gravi arriva al 77% dopo 14 giorni dalla somministrazione e all'85% dopo 28 giorni dalla somministrazione

* i dati attualmente disponibili hanno mostrato che nei soggetti over 65 non si è notata alcuna flessione nell'efficacia

* Conservazione +2°C o +8°C per 12 ore prima dell'utilizzo

* Conservare e trasportare in congelatore a una temperatura compresa tra -25° e -15°

Effetti avversi dei vaccini Covid-19:



LEADING REGENERATION

Geistlich
Biomaterials

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 morbidità rispetto al prelievo di innesti autologhi.



salviamo
il palato

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®

 swiss made



Approfondimenti e casi clinici su
www.geistlich.it

- Pfizer7BioNTech: le reazioni avverse osservate più frequentemente (più di 1 persona su 10) sono stati in genere di entità lieve o moderata e si sono risolte entro pochi giorni dalla vaccinazione. Tra queste figuravano dolore e gonfiore nel sito di iniezione, stanchezza, mal di testa, dolore ai muscoli e alle articolazioni, brividi e febbre. Arrossamento nel sito di iniezione e nausea si sono verificati in meno di 1 persona su 10. Prurito nel sito di iniezione, dolore agli arti, ingrossamento dei linfonodi, difficoltà ad addormentarsi e sensazione di malessere sono stati effetti non comuni, che hanno interessato meno 1 persona su 100.

- Moderna: gli effetti indesiderati più comuni sono stati dolore nel sito di iniezione (92%), affaticamento (70%), mal di testa (64,7%), dolori muscolari (61,5%), brividi (45,5%), nausea/vomito (23%), ingrossamento delle ghiandole linfatiche nello stesso braccio dell'iniezione (19,8%), febbre (15,5%) gonfiore (14,7%) e arrossamento (10%) nel sito di iniezione. Le reazioni sono state generalmente di intensità lieve o moderata e si sono risolte entro pochi giorni dalla vaccinazione. Le reazioni sono state più frequenti dopo la seconda dose e nei partecipanti più giovani tra i 18 e i 65 anni, rispetto ai partecipanti di età su-



periore ai 65 anni.

- AstraZeneca: la maggior parte delle reazioni avverse segnalate è stata di severità lieve o moderata e solitamente gli eventi si sono risolti entro pochi giorni dalla vaccinazione. Rispetto a quanto

osservato nei partecipanti più giovani, reazioni avverse, che sono comunemente previste con la somministrazione di un vaccino, sono state generalmente meno frequenti e più lievi nei partecipanti con più di 65 anni.

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

MEDICO COMPETENTE E SICUREZZA DEL PERSONALE DELLO STUDIO

Pubblichiamo la seconda parte del corso di aggiornamento professionale organizzato da Siaso: dalla trasmissibilità delle infezioni alla profilassi vaccinale

a cura di **Carlo Nava**
MEDICO COMPETENTE, MILANO



Modalità di trasmissione delle infezioni in ambito odontoiatrico

Come si trasmettono le infezioni?

- Contagio interumano (meno controllabile): con schizzi di sangue, liquidi orali e altre secrezioni provenienti dalle fonti di infezione;

- Contagio indiretto (più controllabile): con strumenti e superfici contaminate (evento infortunistico); con fluidi del cavo orale o del tratto respiratorio sotto forma di aerosol; con acqua contaminata dei circuiti del riunito.

Oggi, con la pandemia in corso, la mascherina chirurgica non è sufficiente a proteggere l'equipe che lavora a stretto contatto con il paziente: servono i cosiddetti dpi, dispositivi di protezione individuale. Dalla sala d'aspetto al riunito fino alla sala in cui si opera è necessario prestare ancora più attenzione all'igiene

e al rispetto delle procedure previste. Mi aspetto comunque che i dispositivi di protezioni individuale previsti siano utilizzati a prescindere da questo specifico momento storico.

Qual è l'origine delle infezioni in ambiente odontoiatrico? Pazienti e personale portatori di agenti patogeni (attività sul paziente, contatto tra operatori); carente igiene personale degli operatori; contatto con strumenti o apparecchiature contaminate; inalazione di aerosol infetti.

Vaccinoprofilassi per controllare il rischio biologico

Nessuna vaccinazione è obbligatoria, ma sono fortemente raccomandate per chi opera in ambito sanitario:

- Epatite B: virus molto aggressivo che soprattutto in passato ha dato grossi problemi, spesso da sieroconversione in caso di contatto, si trasmette per via

parenterale e non per via aerea (taglio, puntura, contaminazione di cute non integra e contaminazione di mucosa buccale e di mucosa congiuntivale). È una patologia che sta decrescendo in maniera significativa grazie all'introduzione da oltre 20 anni della vaccinazione obbligatoria per i bambini

- Varicella
- Rosolia
- Parotite
- Morbillo

(Queste vaccinazioni sono soprattutto pensate per chi ha a che fare con i pazienti-bambini)

- Influenza (per gli OS con mansioni di assistenza diretta ai pazienti)

- Tuberculosis (in casi particolari per operatori che lavorano in aree a rischio)
- Epatite A (per addetti a divisioni di malattie infettive, pediatria, gastroenterolo-



LINEE GUIDA SIML RISCHIO BIOLOGICO



Vaccinazioni raccomandate agli operatori sanitari

VACCINO	
Epatite B	Raccomandata
Varicella	Raccomandata
Rosolia	Raccomandata
Parotite	Raccomandata
Morbillo	Raccomandata
Influenza	Raccomandata per gli OS con mansioni di assistenza diretta ai pazienti
Tubercolosi	Raccomandata in casi particolari
Epatite A	Raccomandata per addetti a divisioni di malattie infettive, pediatria, gastroenterologia luoghi di ricovero per persone con deficit intellettivi o psichici laboratori di ricerca che lavorano con il virus
Tifo	Raccomandata per personale di laboratorio con possibilità di frequenti contatti con Salmonella Typhi
Tetano	Utile ciclo di base

gia; luoghi di ricovero per persone con deficit intellettivi o psichici; laboratori di ricerca che lavorano con il virus)

- Tifo (per personale di laboratorio con possibilità di frequenti contatti con Salmonella Typhi)

- Tetano (utile ciclo di base)

Precauzioni universali emanate dal ministero della Salute tra il 1989 e il 1990 quando ci si rese conto dei rischi legati alla diffusione del virus HIV. Oggi sembrano banali, ma fino a pochi anni fa non era così.

Prima di tutto è necessario operare correttamente il lavaggio delle mani. Devono essere adottate misure barriera per prevenire l'esposizione a contatti accidentali con sangue e altri liquidi biologici; esse consistono in:

- uso di dispositivi di protezione individuale quali guanti, camici, mascherine, occhiali e visiere;
- utilizzo e smaltimento corretti di aghi e taglienti;
- decontaminazione delle superfici sporcate da materiali biologici potenzialmente infetti.

Tali misure barriera:

- devono essere adottate da tutti gli operatori la cui attività comporti contatto con utenti all'interno della struttura sanitaria;

- devono essere applicate a tutte le persone che accedono alla struttura (ricovero, domicilio, ambulatorio) in quanto l'anamnesi e gli accertamenti diagnostici non ci permettono di identificare con certezza la presenza o l'assenza di patogeni trasmissibili negli ospiti e quindi tutti devono essere considerati poten-

zialmente infetti;

- devono essere applicate di routine quando si eseguono attività assistenziali e terapeutiche e quando si manipolano presidi, strumenti o attrezzature che possono provocare un contatto accidentale con sangue o altro materiale biologico.

Mettiamo il caso del paziente che telefona in studio dopo aver effettuato una visita nei giorni precedenti per comunicare di aver scoperto la positività al tampone del Covid-19: come ci si deve comportare? Se tutti gli operatori hanno utilizzato le ffp2 non sono considerati contatti stretti. Ricordo che la mascherina chirurgica protegge "in uscita", ma non filtra in entrata: se io la indosso e qualcun altro non la indossa e risulta positivo, nonostante abbia indossato la mascherina chirurgica posso essere infettato. Dunque tutti devono indossare la mascherina chirurgica per proteggersi indirettamente. È ovvio che la mascherina chirurgica non può essere indossata da un paziente odontoiatrico. Quindi la protezione degli operatori passa dall'uso non della mascherina chirurgica, ma di un dpi, una mascherina ffp2 o ffp3. Se gli operatori indossano (e sostituiscono) correttamente ffp2 o ffp3 non sono considerati contatti stretti perché proteggono tantissimo in entrata. Viceversa, se l'operatore ha utilizzato la mascherina chirurgica o, peggio, nessuna mascherina, è evidente che è considerato contatto stretto. A questo punto l'iter prevede la comunicazione del contatto stretto al medico di medicina generale che provvede a programmare un tampone. La

mascherina chirurgica dunque può essere indossata solo da personale della segreteria/receptionist, tutti gli altri la ffp2. Nella sala d'aspetto la mascherina chirurgica deve essere indossata anche dal paziente. La sostituzione della mascherina chirurgica per gli operatori deve essere effettuata ogni 4 ore. Per quanto riguarda la sanificazione dell'ambiente dopo che il paziente è uscito servono disinfettanti come l'amuchina a base di cloro o di alcool sotto forma di spray da nebulizzare sulla poltrona, su tutto il riunito, che vengono poi "passati" con una carta assorbente. Anche chi svolge queste operazioni, oltre alla mascherina ffp2 deve indossare guanti e protezioni per gli occhi, maschera visiera o occhiali ed eventualmente il camice monouso. Il momento della mensa aziendale che rispetti tutte le regole sul distanziamento dovrebbe essere un luogo sicuro. Il problema nasce quando si mangia fuori dalla mensa aziendale, magari in una stanza adibita a cucina, tutti insieme. In questi casi, se risulta un positivo, come ci si comporta? La domanda è sbagliata di per sé: non si mangia tutti insieme, si fanno i turni. Nel momento in cui si mangia serve un distanziamento di 2 metri. Tutta la filiera è di competenza del medico di medicina generale.

Procedura di gestione dell'infortunio biologico

In caso di sospetta contaminazione per infortunio da puntura o taglio con possibile esposizione accidentale ad agenti biologici trasmissibili per via ematica, occorre procedere come segue:

- favorire il sanguinamento e detergere con acqua e sapone;
- disinfettare la ferita con cloro ossidante elettrolitico (10%) o prodotto a base di iodio.

In caso di infezione da contaminazione muco-cutanea:

Cute: detergere con acqua e sapone e procedere a disinfettare la parte interessata con cloro ossidante elettrolitico (10%).

Mucose: risciacquare con cloro ossidante elettrolitico al 5/10% o acqua ossigenata.

Congiuntiva: risciacquare abbondantemente con acqua e con soluzione salina allo 0,9% (fisiologica).

Compilazione della denuncia di avvenuto infortunio biologico

Come recita il D.M. del 28 settembre 1990 all'articolo 9 "... il lavoratore ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'organo preposto l'accidentale espo-

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

sizione a sangue o altri liquidi biologici, per l'adozione degli opportuni provvedimenti. In casi come questi l'operatore sanitario va immediatamente in pronto soccorso per "aprire" l'infortunio: qui si attivano dei protocolli standard per verificare, per esempio, la presenza o meno di anticorpi. Una volta aperto l'infortunio, di cui viene data una copia all'operatore sanitario che successivamente consegnerà al datore di lavoro, quest'ultimo deve provvedere entro 48 ore dalla consegna a inviare all'Inail per via telematica la denuncia di infortunio biologico. In caso di mancata ottemperanza si incorre in sanzioni. Quando l'operatore sanitario infortunato porta il certificato di infortunio rilasciato dall'ospedale al datore di lavoro, è buona norma che si alleggi un breve modulo che spieghi al datore di lavoro l'accaduto. Questa buona norma non ha carattere punitivo, ma per apportare quelle correzioni informative o procedurali che eventualmente si rendano necessarie sulla base dell'esperienza. L'obiettivo è la prevenzione. (nell'immagine sotto un fac simile).

Follow up infortunio biologico a cura del medico competente a carico dell'azienda.

Dipendente con titolo anticorpale protettivo verso HBV (da vaccinazione o per immunità acquisita).

Il rischio è la malattia infettiva che potrebbe comparire per alcune patologie in seguito all'infortunio biologico. Non è un infortunio traumatico come la cadu-

SOGGETTO ESPOSTO	FONTE HBsAg +	FONTE HBsAg -	FONTE IGNOTA O NON TESTATA
Non vaccinato o non responder	Praticare immunoglobuline anti HBV (1) + inizio ciclo vaccinazione anti HBV (2)	Inizio ciclo vaccinazione anti HBV (solo per NON vaccinati)	Praticare immunoglobuline anti HBV (1) + inizio ciclo vaccinazione anti HBV (2)
Immunità acquisita o vaccinato	Nessun trattamento	Nessun trattamento	Nessun trattamento

Legenda:
 (1): Entro 7 giorni dall'esposizione con dosaggio di 0.06 ml/Kg.
 (2): Entro 7 giorni dall'esposizione con schema 0 - 1 - 2 ed eventuale dose di rinforzo dopo 6 - 12 mesi dalla III° dose.

ta da una scala in cui ci rompe una gamba ma si esaurisce lì; nell'infortunio biologico c'è un periodo di incubazione: dal momento in cui ci si punge al momento di comparsa della malattia possono trascorrere anche parecchie settimane.

Visita medica e prelievi ematici (HIV previo consenso scritto - HCVA b - GOT - GPT - yGT - Emocromo completo): possibilmente il giorno dell'infortunio

Prelievi ematici: dopo 6 settimane dall'infortunio

Prelievi ematici: dopo 12 settimane dall'infortunio

Visita medica e prelievi ematici: dopo 6 mesi dall'infortunio

Follow up infortunio biologico
 Dipendente non responder o non vacci-

nati per rifiuto vaccinazione antiepatite B.

Visita medica e prelievi ematici (HIV previo consenso scritto - HCVA b - GOT - GPT - yGT - Emocromo completo - Screening epatite B - Dosaggio Ag Delta): possibilmente il giorno dell'infortunio.

Prelievi ematici (HIV previo consenso scritto - HCVA b - GOT - GPT - yGT - Emocromo completo - Screening epatite B): dopo 6 settimane dall'infortunio.

Prelievi ematici (HIV previo consenso scritto - HCVA b - GOT - GPT - yGT - Emocromo completo - Screening epatite B): dopo 12 settimane dall'infortunio.

Visita medica e prelievi ematici (HIV previo consenso scritto - HCVA b - GOT - GPT - yGT - Emocromo completo - Screening epatite B - Dosaggio Ag Delta): dopo 6 mesi dall'infortunio.

IMMAGINE SOGGETTO ESPOSTO

- I dispositivi di protezione individuale tipici in ambito sanitario:
- guanti in più misure (non in lattice, causa reazioni allergiche);
 - visiere e schermi facciali;
 - occhiali paraschizzi;
 - dispositivi di protezione delle vie aeree (se le ffp2 hanno la valvola bisogna mettere anche la chirurgica);
 - indumenti monouso che proteggono la divisa da lavoro.

Il fattore di rischio lavorativo è ineliminabile in maniera assoluta: rimane sempre una quota di rischio che si chiama rischio residuo. Il rischio biologico è un rischio residuo per definizione.

SEGNALAZIONE DI AVVENUTA ESPOSIZIONE A MATERIALE POTENZIALMENTE INFETTO

Allegare referto Pronto Soccorso (se disponibile)

DIPENDENTE _____ Nato il _____
 In servizio presso _____ Tel. _____

Qualifica _____

E' vaccinato contro l'EPATITE VIRALE TIPO B SI NO

INFORTUNIO: data incidente _____ ora _____

Modalità dell'incidente (breve descrizione: circostanze, svolgendo cosa, tipo di evento, causa, sede e tipo di lesione)

Testimoni (nominativi) _____

Indicare quali mezzi di protezione individuale erano utilizzati

Provenienza o fonte del materiale potenzialmente contaminato

Data _____ Firma _____

2/3 LUGLIO: SI APRE IL XXV CONGRESSO NAZIONALE COI-AIOG: IL PROGRAMMA



VENERDÌ 2 LUGLIO

8.30 Registrazione partecipanti

9.00 Saluto Autorità

9.30 Inizio lavori

A. PIATTELLI – A. CIPOLLINA

“Malattia parodontale e peri-implantite.

L'acido 5-delta-aminolevulinico: un trattamento sicuro, non invasivo e rigenerativo?”

10.00 M. MARRONE

“I 5 errori più frequenti in endodonzia: come evitarli”

10.30 A. ABBINANTE

“La terapia parodontale non chirurgica in era COVID19: il punto di vista dell'Igienista Dentale”

11.00 COFFEE BREAK

11.30 G.C. LEGHISSA – F. TURCHET CASANOVA

“Trent'anni di GBR – Esperienze e considerazioni”

12.00 P.M. MANDRILLO

“Skin-Dental Rejuvenation Therapy: nuovi protocolli in Medicina Estetica e Odontoiatria”

12.30 M.G. CANNAROZZO - G. PAMICH

“Lo Studio Odontoiatrico in tempi di pandemia Covid 19 e i DPI”

13.00 LUNCH

14.30 V. ROSSI

“La chirurgia dei tessuti molli su denti naturali ed impianti”

15.00 F. ZANETTI

“Tabacco riscaldato, sigaretta elettronica e tabacco per uso orale: risultati da studi di laboratorio sull'impatto sulla salute orale e estetica dentale”

15.30 M. AQUINO

“Endo news: tecniche predicibili e ripetibili”

16.00 F. MANGENGA

“Cos'è cambiato nella professione dell'ASO?”

16.30 COFFEE BREAK

17.00 A. PUMA - D. PUMA

“Il flusso digitale nell'Implantologia a carico immediato: un protocollo semplificato, veloce e poco invasivo”

17.30 SESSIONE SHORT COMMUNICATIONS STUDENTI CLOPD – UNIVERSITA' CT-ME-PA

18.45 FINE LAVORI

SABATO 3 LUGLIO

9.00 G. CAMPISI - V. PANZARELLA

“Cancro orale e ritardo diagnostico: la chiave psicologica e il governo clinico del team multi-disciplinare

H 9.30 G. LO GIUDICE - R. LO GIUDICE

“La scansione digitale nelle riabilitazioni occlusali. Potenziali e limiti”

10.00 G. RAMUNDO

“Gestione del caso estetico: opzioni di terapia e fattori che ne influenzano la stabilità nel tempo”

10.30 P. TRABALZA

“La prevenzione obiettivo del presente e del futuro”

11.00 F. RIVA

“Lemostasi in chirurgia orale: nuove tecnologie”

11.30 COFFEE BREAK

11.45 SESSIONE AISO: SHORT COMMUNICATIONS STUDENTI CLOPD UNIVERSITA' CT-ME-PA

13.30 FINE LAVORI

SESSIONE ASSISTENTI

SABATO 03/07/2021

9.00 -13.00 F. TOSOLIN

“LASO e il grande contributo nel lavoro quotidiano che vede come obiettivo il successo dello studio odontoiatrico”

Dà diritto a 4 ore certificate solo per iscritti SIASO Confsal

MODERATORI:

- Giulio Cesare Leghissa
- Angelo Coin
- Luigi Occhiuzzi
- Santo Cordovana
- Francesco Riva
- Domenico Strati
- Vincent Rossi
- Mauro Giacomi
- Maria Vittoria Aquino
- Alessandro Cipollina
- Giuseppe Lo Giudice
- Antonino Nicolò
- Leone Praticò
- Francesco Romano
- Lucia Toscano
- Fulvia Magenga

UN VOLUME IDEATO E SCRITTO DA ASO SPIEGA LE LORO AREE DI COMPETENZA

Protocolli operativi

PER L'AGGIORNAMENTO E
L'INFORMAZIONE DEI LAVORATORI
DEGLI STUDI ODONTOIATRICI

01.



S I A S O

SINDACATO
ITALIANO
ASSISTENTI DI
STUDIO
ODONTOIATRICO

ADERENTE A

 CONFISAL

INDICE

Introduzione

Protocolli operativi

Aggiornamento dei lavoratori
Informazione dei lavoratori
Nomina del comitato
Adeguamento dei locali
Informazione ai pazienti
Identificazione dei DPI
Classificazione di rischio
Rimodulazione orari e ammortizzatori sociali
Idoneità impianti di ricircolo e climatizzazione
Verifica valvole antireflusso (circuiti idrici)
Sanificazione ambientale giornaliera
Gestione degli spazi comuni
Gestione dei rifiuti
Gestione dei fornitori e materiale
Gestione dei laboratori (consegna e ritiro)
Accordo con i laboratori (prescrizioni Covid-19)
Decontaminazione e disinfezione strumenti
Sterilizzazione dispositivi

Ricollocazione del lavoratore alla ripresa delle attività
Gestione dei profili di sicurezza
Triage fisico dei dipendenti
Accesso dell'operatore
Uscita dell'operatore
Gestione dell'operatore sintomatico
Triage telefonico dei pazienti
Informativa privacy
Gestione del paziente sospetto o sintomatico
Gestione del paziente imprevisto
Gestione del paziente accompagnatore
Triage del paziente su appuntamento
Adozione DPI per il paziente
Disinfezione macchina fotografica
Disinfezione delle attrezzature radiologiche
Gestione dei manutentori
Sanificazione post manutenzione
Adeguamento documentazione sicurezza

Infortunio sul lavoro e malattie professionali

S.I.A.S.O.

L'assistente di studio odontoiatrico ha molteplici competenze, tra le quali la gestione dell'area operativa e dell'area amministrativa. In questo manuale, ideato, scritto e pubblicato dagli Aso, vengono affrontate, con dovizia di particolari, tutte le aree di competenza e le procedure operative della vita lavorativa quotidiana. Costa 60 euro: in questa cifra, per i tesserati SIASO, sono comprese le dieci ore di aggiornamento per l'anno in cui si è acquistato il libro.

CAVALLANTI, UN JAZZISTA DAVVERO “LIBERO”

Continuiamo 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

Daniele Cavallanti è un musicista e didatta fra i massimi rappresentanti del jazz “libero” milanese e più in generale italiano. 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 Daniele Cavallanti collegandosi ai maggiori store musicali in rete.

1. Daniele potresti raccontare brevemente ai lettori il tuo percorso artistico?

Certo: tra gli 11 e 13 anni, quindi parliamo del '63/'65, ero un Beatlemanico, avevo una batteria e sulla cassa avevo scritto The Beatles, imitando il carattere della scritta su quella di Ringo, poi a 14 anni ho ascoltato Take Five di Brubeck/Desmond e il suono del sax alto mi ha affascinato, così ho iniziato a studiarlo. Ho frequentato per 6 anni la Scuola Civica di Sesto S. Giovanni, dove abitavo, studiando con il clarinetista classico Ezio Zappatini, 4 anni di sassofono e 2 di clarinetto. Nel frattempo avevo scoperto Ornette Coleman (suo il mio primo concerto di Jazz al Teatro Lirico di Milano, il quartetto con due contrabbassi, Charlie Haden e David Izenzon e Billy Higgins). Avevo poco più di 14 anni e da allora non mi sono più ripreso. Poi ho iniziato ad ascoltare Coltrane, Shepp, Ayler, Mingus, Art Ensemble of Chicago, Monk, Shorter ecc.

A 17 anni ho incontrato Guido Mazzon, Gaetano Liguori, Filippo Monico e abbiamo formato il Gruppo Contemporaneo, con cui ho debuttato, a 18 anni, con un concerto in una specie di club a Como. Diciamo che, nei decenni, sono rimasto “fedele” a quell'estetica che mi ha profondamente segnato quando ero un adolescente. Quel suono, quel linguaggio così tipicamente afro americano, il respiro dei contrabbassi ancora guidano la mia estetica musicale e, perché no,



anche umana. Ho avuto poi, nel corso della mia carriera, la fortuna di suonare con molti grandi musicisti, alcuni proprio eredi diretti di quell'estetica come Andrew Cyrille, Cecil Taylor, Anthony Braxton, Roswell Rudd, Dewey Redman. Dal punto di vista della concezione e approccio al sassofono (che a partire dai 18/19 anni è diventato il sax tenore) sono stati preziosi, per me, incontri e scambi con i sassofonisti americani

Gato Barbieri, Dewey Redman, David S. Ware e Marty Ehrlich e il mio vecchio, indimenticato, amico degli anni ad Amsterdam, il sassofonista sudafricano, di origini irlandesi, Sean Bergin.

2. Quali 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?

In parte ho già risposto a questa domanda con i nomi elencati prima, ai quali posso aggiungere Don Cherry, Charlie Haden (in qualsiasi contesto e certamente con la sua Liberation Music Orchestra). Forse non sta a me dire se ho poi sviluppato un linguaggio personale, mi piace pensarlo, ma suonando il sax tenore, ormai da 50 anni, certo non posso prescindere da Coltrane, Dexter Gordon, Sonny Rollins, Joe Henderson, Wayne Shorter, Sam Rivers, Dewey Redman. Forse, in tutti questi anni, ho cercato una sintesi di quei suoni, quegli stili, una certa essenza del sax tenore fino a, forse, sviluppare un linguaggio personale.

3. Sei ideatore di un progetto longevo in collaborazione con il percussionista Tiziano Tononi quale Nexus: puoi spiegarci come è nato e su quali elementi si basa la vostra estetica musicale? Come avete creato le condizioni per rinnovarvi e continuare a sviluppare nuova musica nel corso degli anni?

Avevo già conosciuto Tiziano Tononi nel '79 (nel mitico studio di Barigozzi, dove ero passato ad assistere alla registrazione di un disco per la Black Saint di Giovanni Bonandrini con Leeroy Jenkins, Anthony Davis ed Andrew Cyrille). Quando poi sono tornato da Amsterdam, dove ho vissuto dal '78 all'80, entrai nella Democratic Orchestra Milano del fagottista e compositore Dino Mariani e, oltre a Tiziano, ho conosciuto il trombonista Luca Bonvini e il contrabbassista Paolino Dalla Porta. Pochi mesi dopo con loro ho formato Nexus. Avevo un quartetto analogo ad Amsterdam, con il trombonista Wolter Wierbos, Roberto Bellatalla al contrabbasso e il batterista australiano Petro Nikiruy. Quasi subito la direzione musicale di Nexus è diventata una co-leadership con Tiziano. Nell'83 abbiamo debuttato discograficamente, con il gruppo che nel frattempo era diventato un quintetto con la tromba di Pino Minafra (segnalatici da Enrico Rava), con Open Mouth Blues su Red Record. L'estetica di Nexus è sempre stata quella cui accennavo prima: un forte legame con il Jazz di matrice Afro Americana, il blues, Mingus, Coleman, Coltrane, Eric Dolphy e tutta la musica prodotta negli anni '60, filtrata dalle nostre sensibilità ed esperienze di musicisti/compositori europei cittadini del mondo. Forse non so neppure io come abbiamo fatto a portare avanti questo progetto per così tanti anni, certo nelle note di copertina di Open Mouth Blues avevo scritto: "NEXUS was formed in December 1980 with the idea of creating an original and

long lasting unit. NEXUS composes, plays, improvises, elaborates creative music/jazz/instant music Great White/Black/Red/Yellow music-real music-jazz a way of being/living/thinking/playing", praticamente un manifesto che credo siamo riusciti a mantenere e a portare avanti in tutti questi anni. Forse il segreto è la convinzione e l'amore in quello che facciamo e l'apporto che tutti i musicisti passati nel gruppo hanno dato a quello che io amo definire il "Sound Nexus".

4. Parlati 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 (reazio-



ne-azione) contemporaneamente a un 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 vista di un quadro complessivo. Il brano è una specie di sentiero da percorrere in parte scegliendo la direzione, in parte appartenendovi.

5. Parlati della tua concezione di improvvisazione in musica.

Purtroppo devo ripetermi; mi piace improvvisare su un "sound" con forti legami con la tradizione jazzistica nera americana, su materiale tematico "forte" e ben connotato che, pur nella, a volte, massima semplicità e libertà, fornisca materiale stimolante su cui costruire l'improvvisazione, avere la pulsazione del contrabbasso, meglio ancora se due (Izenzon e Haden...ah ah ah!!) e della batteria, sia su un tempo definito o comunque un flusso ritmico di un certo tipo e un senso del blues che, come dire, è più forte di me. Diciamo che, avendo praticato molto, negli anni '70, la libera improvvisazione, e ancora quando mi capita di praticarla, i miei riferimenti sono più l'Ornette Coleman di Free Jazz che non l'avanguardia storica della Musica Improvvisata Europea.

6. Ammetti che l'errore possa essere un elemento generativo nel processo creativo?

Sì, è assolutamente fondamentale!

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?

Con Nexus abbiamo suonato molto in tutto il mondo, e sì, all'estero c'è, o almeno c'era, più interesse da parte degli organizzatori, più pubblico, più interesse ed entusiasmo per quello che facciamo. Credo che sia un fattore culturale e di abitudine all'ascolto di musiche "altre", forse anche meno provincialismo e tendenza all'omologazione rispetto all'Italia.

8. Sei uno dei membri storici della formazione Italian Instabile Orchestra, puoi parlati di questo gruppo e delle importanti collaborazioni tenute nel corso degli anni con artisti internazionali? Quale concerto o registrazione ricordi con maggior affetto?

Quella con l'Italian Instabile Orchestra è



***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

stata un'avventura musicale e umana incredibile. Abbiamo suonato veramente ovunque, in tutta Europa, Canada, Stati Uniti e Giappone; i primi anni la convivenza artistica e umana non fu facile, ma nei tanti anni di viaggi, hotel, sound check, concerti, litigate, cene abbiamo imparato a volerci bene e a rispettarci, a collaborare e a funzionare come una vera e propria "orchestra democratica". Tra le grandi collaborazioni senz'altro memorabili quella con Cecil Taylor, con cui abbiamo fatto tre concerti, e quella con Anthony Braxton. A mio avviso, i migliori dischi della IIO sono London Hymns, registrato dal vivo nel 2005 al London Jazz Festival alla fine di un tour inglese di dieci date, e Bolzano Creative Orchestra con Anthony Braxton, registrato dal vivo al Festival di Bolzano nel 2007.

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

Secondo me, e credo per la maggior parte dei musicisti, una cosa non esclude l'altra; così come per me è naturale scrivere brani da proporre a Nexus o altri miei gruppi, altrettanto mi piace partecipare a progetti di altri musicisti. La cosa mi stimola molto.

10. Fra le numerose registrazioni a tuo nome qual è quella che più ti rappresenta?

Questa è una domanda difficile; forse il cd in duo con Tiziano Udu Calls, registrato ormai nel '95. Direi anche Times for Peace registrato nel '92 con il mio quartetto di allora, con Stefano Battaglia al piano, Piero Leveratto al contrabbasso,

Tiziano Tononi e Dewey Redman come ospite, poi direi Smoke Inside un disco atipico nella mia produzione, un disco "elettrico" voluto e prodotto da Fabrizio Perissinotto per la sua Long Song Record nel 2006 con ospite il chitarrista Nels Cline, il doppio cd Faces and Tales registrato dal vivo nel 2012 ad Ah-Um Milano Jazz Festival con un tentetto denominato Brotherhood Creative Trance Music Ensemble e poi Sounds of Hope registrato nel 2014 con una grossa formazione che ho radunato sotto il nome di Milano Contemporary Art Ensemble.

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

Sarebbe bello, anche se non so vedere quali; non sono un grande estimatore dello streaming, anzi. Mi piace pensare che dopo che saremo usciti da questa emergenza ci sarà una sorta di rinascita in cui non solo i musicisti hanno voglia di suonare, ma la gente avrà voglia di musica dal vivo. Speriamo.

12. Nel 2013 hai fondato il tuo attuale gruppo A World of Sound anche come omaggio alla figura di David S. Ware, saxofonista afroamericano del New Jersey deceduto prematuramente nel 2012. Vuoi descrivere in alcune parole come è nato quel progetto e le sue caratteristiche, chi sono i componenti e quali album avete pubblicato?

In origine A World of Sound era un quartetto con due sax tenori, contrabbasso e batteria, ed era nato come una sorta di omaggio ai grandi sassofonisti, prevalentemente tenori, appunto, della storia del Jazz moderno. Per un paio di anni abbiamo fatto brani originali miei dedi-

cati a Dewey Redman, Joe Henderson, John Coltrane, Wayne Shorter, e anche a Massimo Urbani, più alcune rivisitazioni di brani di Joe Lovano, Shorter e Ornette Coleman. Dal 2015, insieme a Gianluca Alberti al contrabbasso e Tony Boselli alla batteria, al secondo sassofono subentrato nel gruppo Francesco Chiapperini al sax alto, clarinetto basso e flauto, il repertorio si è un po' modificato; facciamo molti più brani miei oltre ad alcune rivisitazioni di Wayne Shorter e Ornette. A World of Sound ha inciso due cd: A World of Sound su Nu Bop Record nel 2014 e Shadows su Rudi Records nel 2018.

13. Quali sono i tuoi nuovi progetti in vista?

Sicuramente riprendere a suonare dal vivo il prima possibile, speriamo! Continuare l'attività con il quartetto A World of Sound così come con i progetti di un gruppo di lavoro attivo da alcuni anni che, insieme a molti vecchi e nuovi amici, abbiamo denominato Milano Music Collective. Poi, naturalmente, la storia di Nexus continua, non abbiamo nessuna intenzione di mollare. Tiziano e io stiamo organizzando per il prossimo giugno la registrazione di un nuovo disco, il decimo credo, nella storia del gruppo, con una nuova formazione. Stiamo ancora valutando, ma penso che richiameremo in servizio Emanuele Parrini al violino e forse Silvia Bolognesi al contrabbasso, che erano in Nexus già nella formazione nel decennio 2007/2017, oppure Tito Mangialajo Rantzer al contrabbasso, anche lui già in Nexus nella formazione 1999/2007, il vibrafonista Luca Gusella e il trombonista Tony Cattano. Come si dice: stay tuned!



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

