

Team at Work

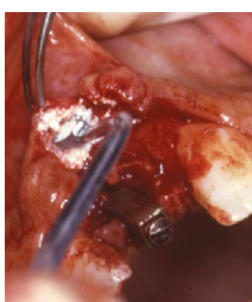
CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

ANNO VIII
N. 3 - 2021



Sicurezza

**QUALI DPI
STIAMO USANDO?**



Implantologia
Osteointegrazione:
prima degli svedesi
ci pensò un italiano

Già nel 1962 Ugo Pasqualini,
aveva compreso che era possibile
ottenere impianti stabili rispettando
la sterilità e altri parametri

Salute e sicurezza
Chi è il medico
competente: percorso
d'aggiornamento

Il principale responsabile di quanto
avviene all'interno dell'azienda
è il datore di lavoro che deve
nominare una serie di collaboratori

Ricerche
Paradontite e rischi
di malattie coronariche
prevalenti e incidenti

Studi epidemiologici hanno
messo in evidenza una
relazione sicura con infarto
miocardico, ictus e mortalità

MA QUALI DPI USIAMO?

di **Giulio Cesare Leghissa**

SEGRETARIO GENERALE SIOD

Con cosa proteggiamo noi, i nostri collaboratori, i nostri pazienti?

Abbiamo lavorato durante tutti questi mesi di pandemia in condizioni difficili, molto difficili, perché non potevamo certamente abbandonare per mesi e mesi i pazienti.

Per mettere in sicurezza noi e i nostri pazienti abbiamo cercato di applicare le procedure indicate dal ministero della salute e dalla organizzazione mondiale della sanità (Covid, linee guida per l'odontoiatria – Team at Work n. 4/2020).

Tutte queste attenzioni ulteriori, rispetto a quelle che abbiamo sempre utilizzato per la riduzione del rischio biologico in odontoiatria, hanno avuto e hanno un costo importante che è gravato sui nostri utili e sulle parcelle dei pazienti.

E' stato molto importante convocare periodicamente le riunioni con i lavoratori (A.S.O., Igienisti e collaboratori), rappresentanti sindacali, medico del lavoro, RSPP, RLS per aggiornarsi sui protocolli anti Covid, per sentire le opinioni e i suggerimenti e per rafforzare la convinta partecipazione consapevole di tutti allo sforzo comune.

E' stato molto importante aderire all'impegno di SIOD (Sindacato Italiano di Odontoiatria Democratica) affinché la vaccinazione anti Covid fosse, per gli odontoiatri e insieme a loro, per tutto il personale operativo, aderendo anche alla petizione inviata al Ministro Speranza e alla Regione Lombardia.

...e poi leggiamo sul giornale che ci vengono vendute delle mascherine FFP2 inadeguate e non rispondenti alle caratteristiche richieste. Un elenco impressionante di truffatori, mascalzoni, speculatori che, sulla pelle del popolo italiano, cerca di arricchirsi ulteriormente.

ATTENZIONE! Quando acquistiamo DPI PRETENDIAMO, COME NOSTRO DIRITTO, CHE SIANO ACCOMPAGNATI DALLA DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' e che SIANO MARCATI CE. E pretendiamo anche che chi specula sulla salute, come l'azienda lombarda (lombarda!) che metteva commercio strumentario, materiale e presidi chirurgici non sterili, subisca le conseguenze legali delle proprie azioni.

Questo clima di impunità, per cui si può fare qualsiasi cosa, tanto poi c'è la prescrizione o il condono, deve smettere una volta per tutte.

Odontoiatria Team at Work

N. 3 - 2021

6



21



23



- 4 NEWS - CORSO: LA PERIMPLANTITE DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO
DIABETE MELLITO: UN AIUTO DAI TEST SALIVARI
- 5 NEWS - PARADONTITE E I RISCHI DI MALATTIE CORONARICHE PREVALENTI E INCIDENTI
- 6 ANTIBIOTICI E TERAPIA IMPLANTARE
- 10 OSTEOINTEGRAZIONE: PRIMA IL NULLA?
I LAVORI SCIENTIFICI DI UGO PASQUALINI
- 14 PERCORSO DI AGGIORNAMENTO PER ASO:
CHI È IL MEDICO COMPETENTE
- 21 IL NUOVO CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE
PER GLI STUDI PROFESSIONALI
- 23 UN INCONTRO CON IL PIANISTA
- 24 CONSIGLI PER LA LETTURA:
LE EROINE DELL'ALTO FRIULI
LA SAGA NELLA TERRA DEI MANDROGNI

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 ODONTOIATRICE

ADERENTE A confsal



HENRY SCHEIN®

Krugg

BONE
SYSTEM

Geistlich
Biomaterials

kuraray

Noritake

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

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

NEWS & LETTERATURA

Venerdì 23 aprile - ore 14.00 (5 crediti ECM) La perimplantite: dalla diagnosi al trattamento

Scopo del corso è presentare le più recenti acquisizioni clinico-scientifiche sullo stato di salute dei tessuti perimplantari e sulla diagnosi della mucosite e della perimplantite.

Verranno presentate le opzioni di trattamento: trattamento non chirurgico della mucosite, trattamento chirurgico della perimplantite e relativa gestione dei tessuti molli.

A tal proposito si porrà l'accento sul lavoro di squadra e si andranno ad approfondire le caratteristiche dei materiali da riempimento membrane e procedure di assistenza per gli ASO. Si considereranno inoltre le caratteristiche della protesi su impianto come secondo elemento decisivo oltre alla igiene orale attenta e costante come fattori per il successo a lungo termine.

PROGRAMMA:

14.00 - 14.30: Salute perimplantare, mucosite e perimplantite: diagnosi e classificazione (V. Rossi - C.G. Leghissa)

14.30 - 15.00: Gestione non chirurgica delle mucositi (M. Lattari)

15.00 - 15.45: Trattamento chirurgico delle perimplantiti e follow-up a lungo termine (G.C. Leghissa)

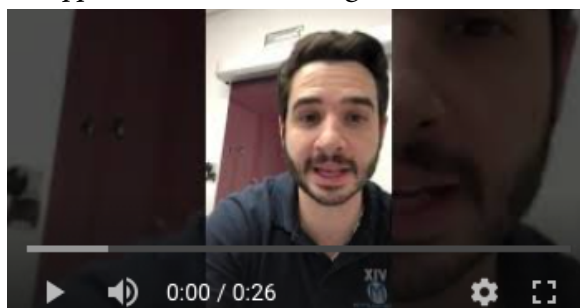
15.45 - 16.15: La gestione e la conoscenza dei materiali - La gestione dei tessuti in assistenza (F. Magenga)

16.45 - 17.30: Gestione dei tessuti molli perimplantari (V. Rossi)

17.30 - 18.30: Protesi e perimplantite (L. Praticò - F.T. Casanova)



Gli appelli del dottor G. C. Leghissa e M. Lattari



Fonte : Yun-kun Liu, Vivian Chen, Jin-zhi He, Xin Zheng, Xin Xu, Xue-dong Zhou, A salivary microbiome-based auxiliary diagnostic model for type 2 diabetes mellitus, Archives of Oral Biology, 2021

Diagnosi di diabete mellito: un aiuto dai test salivari?

Un certo numero di studi precedenti condotti avevano evidenziato come esistano alterazioni nella composizione della flora microbica della saliva nei soggetti affetti da diabete di tipo due. Partendo da questo presupposto, gli autori di questo studio appena uscito su Archives of Oral Biology hanno ricercato un modello diagnostico non invasivo per la diagnosi di questa malattia. Partendo da un campione di 24 soggetti malati e 21 soggetti sani, gli autori hanno in effetti notato che i soggetti malati presentavano un certo numero di microrganismi marcatamente superiori in numero, tra i quali spiccano i generi Slackia, Mitsukella, Abiotrophia e Parascardovia..

Basandosi sulle differenze tra il gruppo di malati nel gruppo dei sani, gli autori sono riusciti a costruire un modello diagnostico accurato all'80%. Oltre a essere un dato interessante in sé, la differente composizione del microbioma orale dei diabetici potrebbe, in futuro, portare a una diagnosi accurata, precoce e decisamente non invasiva del diabete di tipo 2, malattia sistemica che ancora oggi interessa il 5,7% della popolazione in Italia (dato ISTAT).

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

Parodontite e rischio di eventi di malattie coronariche prevalenti e incidenti

La malattia coronarica è la più frequente della medicina cardiovascolare, e rimane la prima causa di morte, invalidità, morbosità. Nel nostro Paese causa il 35,8% di tutti i decessi, sappiamo che è per lo più una conseguenza dell'invecchiamento e, spesso, di una predisposizione familiare e anche il nostro stile di vita contribuisce però ad accelerarne lo sviluppo e a scatenarla: fumo, alimentazione sbilanciata, carenza di attività fisica, sovrappeso, le iperlipidemie, il diabete, l'ipertensione arteriosa e lo stress ne aumentano di molto il rischio. L'identificazione di tali fattori ha portato allo sviluppo di algoritmi di previsione dei rischi e ha stabilito modelli cardiovascolari per uomini e donne, considerando e ampliando nei fattori di rischio anche le condizioni socioeconomiche, la storia familiare, l'istruzione e l'attività fisica e non da ultimo la cura del cavo orale.

Studi epidemiologici hanno messo in evidenza una relazione sicura tra parodontite, infarto miocardico, ictus e mortalità.

L'associazione tra parodontite e malattie cardiovascolari si può spiegare attraverso il ruolo negativo esercitato dall'infiammazione sistemica sul processo di aterosclerosi e/o sulla destabilizzazione delle placche ateromasiche e/o sulla ipercoagulabilità, ma non da ultimo una risposta autoimmunitaria causata dall'elevata somiglianza tra alcuni peptidi antigeni di origine batterica, come le proteine HSP, e le proteine umane.

La parodontite è a livello globale una delle malattie non trasmissibili più diffuse, colpisce il 11,2% della popolazione; nel Regno Unito circa il 45% di tutti gli adulti presenta malattia parodontale e la prevalenza aumenta con l'età, ecco perché programmare uno studio così lungo nel tempo e studiare il suo ruolo come fattore di rischio nella ma-

lattia coronarica e nell'episodio acuto CHD.

A livello epidemiologico numerose revisioni sistematiche hanno sostenuto l'associazione tra parodontite e CHD acuto, (Baheka e al 2007-Blaizot 2009-Dietrich 2013). Leng e Al hanno eseguito una metanalisi di 15 studi comprensiva di 230.406 partecipanti confermando che gli individui con parodontite avevano un rischio significativamente maggiore di CHD acuto, tuttavia quando lo studio coorte è stratificato per età, in età superiore ai 65 anni la parodontite non è risultata un fattore di rischio per CHD acuto.

Nello studio di Winning e Patterson i soggetti selezionati sono stati fonte di ricerca dapprima in PRIME dell'Irlanda del Nord (Prospective Epidemiology Study of Myocardial Infarction), studio longitudinale di coorte iniziato tra il 1991 e il 1994 che ha monitorato 2748 uomini di età compresa tra i 50/60 anni, confermando i dati che mettono in relazione parodontite



e malattie cardiovascolari, gli stessi soggetti entrano nello ri-screening comprensivo di 1400 soggetti iniziato tra il 2001/2003 e finito nel 2015. Uno studio valutato nel tempo per evidenziare l'incidenza di CHD acuto (SCA, CABG, PCI) in pazienti con parodontite. Un'accurata anamnesi, la presenza concomitante di fattori di rischio e un'educazione nel ridurli, il controllo del biofilm sopra e sottogengivale, esame parodontale completo e test controllo sull'igiene domiciliare. La ricerca conferma che in soggetti di età superiore ai 65 anni la parodontite è associata alla malattia coronarica, ma non agli eventi CHD acuti.

Informazioni sul finanziamento:

Lo studio è stato sostenuto da sovvenzioni della British Heart Foundation (PG/14/9/30632), del Northern Ireland Research and Development Fund (RRG 5.22) e dell'Heart Trust Fund (Royal Victoria Hospital, Belfast).

a cura di Mirella Baldoni

ANTIBIOTICI E TERAPIA IMPLANTARE

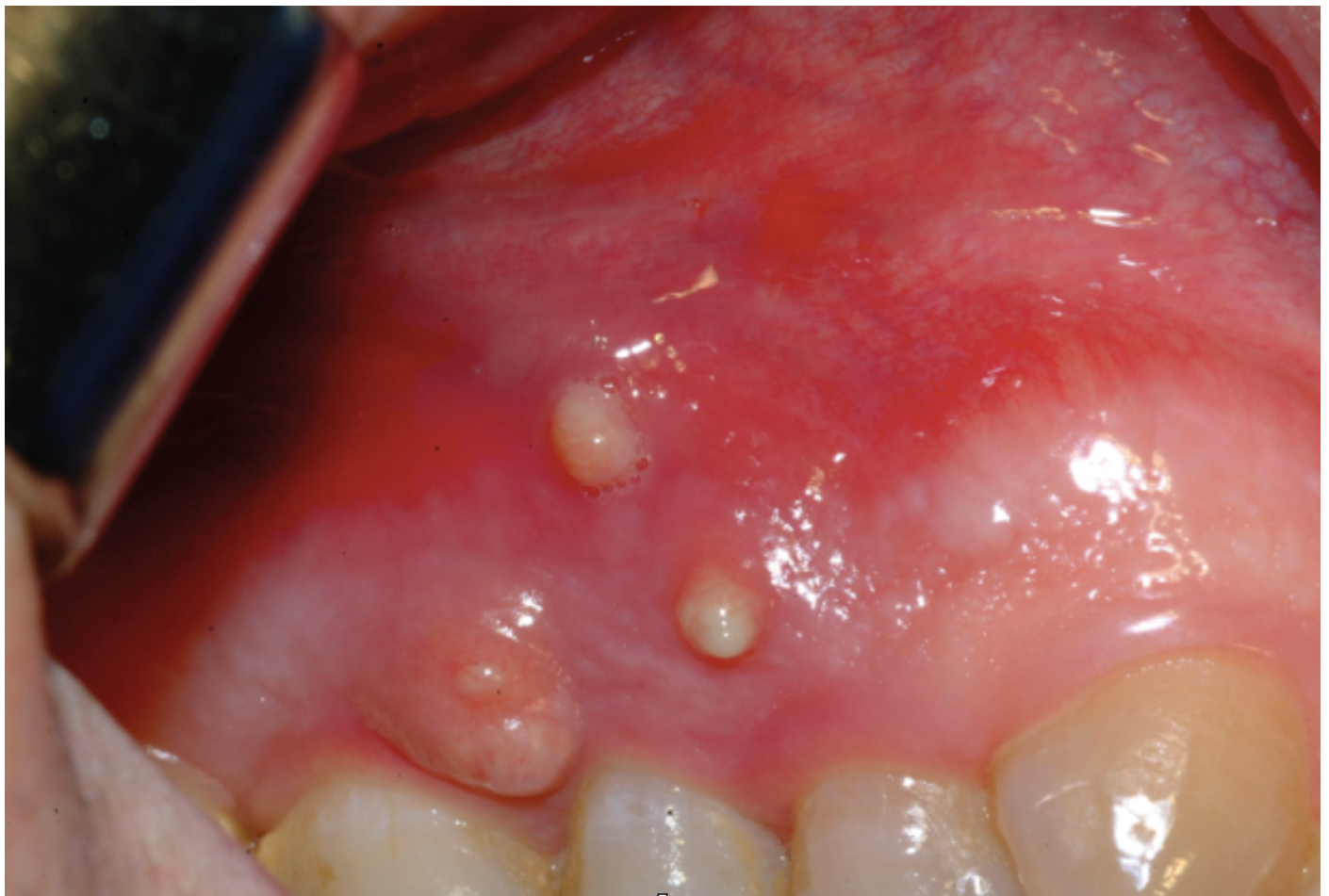
È necessario prescriverli? Se sì quali? Con quale posologia? Queste sono le domande che vengono poste con maggiore frequenza durante i corsi di implantologia

a cura di **Giulio C. Leghissa**

ODONTOIATRA - GIULIO.LEGHISSA@LEPABRI.IT

e **Filippo T. Casanova**

ODONTOIATRA - FILIPPOTCASANOVA@ICLOUD.COM



INTRODUZIONE

L'utilizzo degli antibiotici nella terapia implantare è uno dei temi fondamentali. Prima di tutto è necessario valutare le condizioni obiettive dell'area nella quale va fatto l'impianto: c'è in atto un processo infettivo o no? Perché se la zona non presenta segni di infezione è sufficiente la profilassi, mentre se sono presenti fatti infettivi è necessario tenere il paziente in terapia antibiotica.

A questo punto viene subito posta un'altra domanda:

"Ma come, si fanno impianti in presenza di infezione?"

SE È PRESENTE UN'INFEZIONE

La risposta viene dalla letteratura internazionale: "L'inserimento immediato di impianti permette una rigenerazione ossea nell'area precedentemente occupata dal dente estratto. Fa coincidere il periodo di guarigione post-estrattiva con la fase di integrazione minimizzando il tempo... rappresenta un notevole vantaggio per il paziente". (1)

Quindi, già più di 30 anni fa si sapeva che l'implantologia immediata post estrattiva era una soluzione praticabile e vantaggiosa, ma anni dopo si affrontava l'analisi della post estrattiva in situazioni infette:

"In conclusione, l'osteointegrazione

di impianti posizionati nelle condizioni di sfida più spinta, come gli impianti immediati in siti periodontalmente infetti raggiunge pieno successo". (2) E ancora: "Levidenza è che, impianti posizionati immediatamente dopo l'estrazione in siti con lesioni periapicali, evolvono verso risultati sovrapponibili a quelli di impianti immediati post-estrattivi posizionati in siti sani". (3) E infine: "Scopo di questo articolo è di fare una revisione sistematica degli impianti immediati in siti con lesioni periapicali analizzando:

- 1 - la percentuale di sopravvivenza,
- 2 - le modificazioni del livello dell'osso creatale e dei tessuti marginali,
- 3 - la percentuale di complicanze,

4 - la comparazione dei risultati clinici con altri metodi di trattamento implantare.

Lo stesso articolo conclude che "l'evidenza disponibile suggerisce che gli impianti posizionati immediatamente in siti con lesioni periapicali, giungono a risultati clinici sovrapponibili a quelli posizionati in siti sani".(4)

Dunque è possibile, senza timore, fare impianti immediati post estrattivi anche in presenza di lesioni apicali o parodontali ascessualizzate. Naturalmente il paziente va posto in terapia antibiotica da 48 ore prima dell'intervento e mantenuto in terapia per altri cinque/sette giorni. Quale antibiotico e quale dosaggio verrà affrontato dopo e perché è un aspetto comune alle altre condizioni operative.

SE NON È PRESENTE UN'INFEZIONE

Se invece non sono presenti stati infettivi ci si può limitare alla profilassi. "C'è una sufficiente evidenza che l'uso di 2 gr. di amoxicillina somministrati per via orale 1 ora prima dell'intervento riduca significativamente il fallimento degli impianti dentali in-

seriti in condizioni routinarie. Rimane non chiaro se vi sia qualche beneficio nella somministrazione di antibiotici dopo l'intervento". (5)

Citiamo un altro studio: "12 centri privati italiani hanno partecipato a questo trial, ogni centro garantendo 30 pazienti. Un'ora prima dell'intervento i pazienti venivano randomizzati, per assumere 2 gr. di amoxicillina o identiche tavolette di placebo.

I pazienti del gruppo placebo hanno subito un numero di fallimenti implantari 4 volte superiore a quelli del gruppo che assumeva antibiotici". (6)

Citiamo un altro lavoro ancora: "Gli autori di questo lavoro hanno controllato 55 soggetti programmati per la chirurgia implantare.

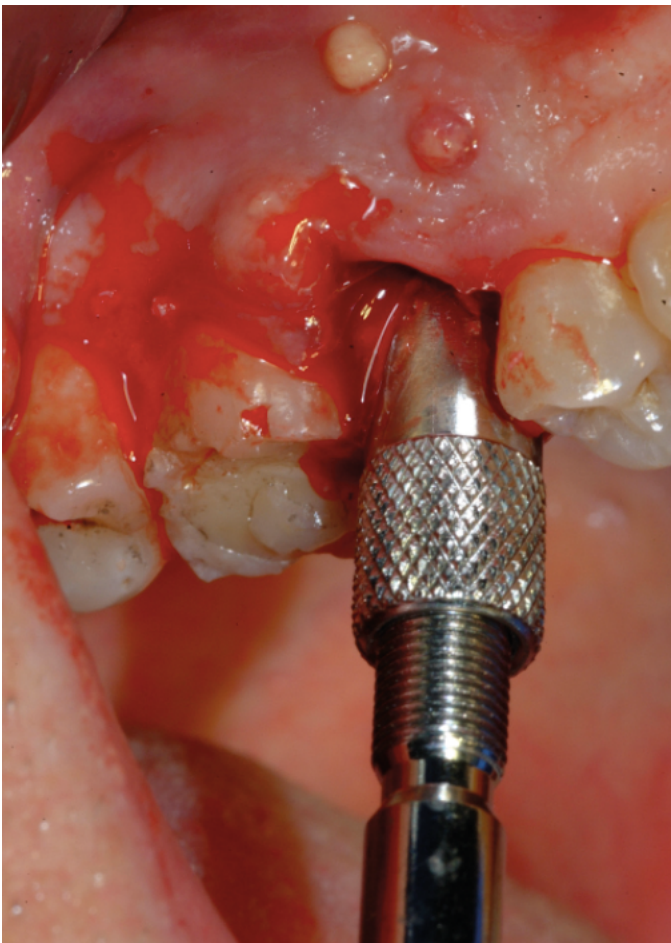
Una parte (gruppo test) ha assunto l'antibiotico, il gruppo placebo (gruppo controllo) ha assunto per l'appunto, solo placebo.

Il gruppo test ha ricevuto 3 gr. di amoxicillina un'ora prima dell'intervento, il gruppo controllo 3 capsule di placebo 1 ora prima dell'intervento".

Gli autori concludono che "l'uso della profilassi antibiotica per la chirurgia implantare è giustificato, e sembra

migliorare la sopravvivenza degli impianti nel breve periodo, così come si traduce in minor dolore post operatorio e interferenza con l'attività quotidiana". (7)

Infine, occorre spendere due parole anche per parlare della prevenzione dell'endocardite batterica. Ricordiamo che l'endocardite batterica rappresenta un gravissimo pericolo per i pazienti a rischio. Citando un lavoro del NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), ovvero uno studio retrospettivo che aveva lo scopo di l'incidenza dell'endocardite infettiva prima e dopo il 2008, data nella quale sono state promulgate le nuove linee guida nel Regno Unito che raccomandano la completa cessazione della profilassi antibiotica per l'endocardite batterica, si legge che: "Il risultato dell'applicazione di queste linee guida è stato un significativo aumento delle endocarditi infettive. Da marzo 2013 ci sono stati approssimativamente 35 pazienti in più per mese ai quali è stata diagnosticata l'endocardite infettiva di quanti non ve ne fossero prima dell'introduzione di queste linee guida". (8)





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



CONCLUSIONI

Dunque la letteratura internazionale concorda su alcuni punti fondamentali.

- a) Utilizzare sempre gli antibiotici per la terapia implantare;
- b) Come profilassi impiegare 2/3 gr. di amoxicillina un'ora prima dell'intervento se l'area è sana;
- c) Come terapia antibiotica si comincia a somministrare l'antibiotico 24/48 ore prima dell'intervento se l'area è infetta.

Quale antibiotico? Anche su questo punto c'è accordo nella letteratura: il farmaco d'elezione è l'amoxicillina (meglio se con acido clavulanico). Solo per la terapia, non per la profilassi. Concludiamo con questo lavoro: "Quindi, di fronte a un aumento del 5% di fallimenti nei pazienti senza antibiotico, si può concludere che pur non sapendo quali siano esattamente i meccanismi che determinano tale aumento di fallimenti, va consigliato agli odontoiatri di usare o una singola dose di 2 gr. di amoxicillina un'ora prima dell'intervento oppure 1 gr. un'ora prima dell'intervento e 1 gr. ogni 12 ore successive per un totale di 3/4 gg". (9) (10)

BIBLIOGRAFIA

- 1) R.J.Lazzara: "Posizionamento immediato dell'impianto nella sede estrattiva: vantaggi chirurgici e protesici." *riv. Int.Parodont.Odont.Ric.* 1989; 5:333-342
- 2) A.B.Novaes, V.Papalexidou, M.F.Grisi, S.Souza, M.Taba, J.K.Kajiawara: "Influence of implant microstructure on the osseointegration of immediate implants placed in periodontally infected sites." *Cli.Oral Impl.Res.* 2004; 15:34-43
- 3) Lee CT, Chuong SK, Stoupe J. «Survival Analysis and Other Clinical Outcomes of Immediate Implant Placement In Sites with Periapical Lesions: Systematic Review» *J Oral Maxillofac Implants* 2015;30:268-278
- 4) «Survival Analysis and Other Clinical Outcomes of Immediate Implant Placement in Sites with Periapical Lesions. Systematic Review» CT Lee, SK Chuang, J Stoupe, *JOMI* 30,2,2015:268-2
- 5) Esposito M, Grusovin MG, Talati M, Coulthard P, Oliver R, Worthington HV, "Do preoperative antibiotics prevent dental implant complications?" *EBD* vol 9 n. 4 2008-pag.109
- 6) Esposito M, Cannizzaro G, Bozzoli P, Consolo U, Felice P, Ferri V, Landriani S,

Leone M, Magliano A, Pellitteri P, Todisco M, Torchio C: "Efficacy of prophylactic antibiotics for dental implants: a multicentre placebo-controlled randomised clinical trial" *Eur J Oral Implantol* 2008; 1(1): 23-31

7) R Nolan, M Kemmoona, I Polyzois, N Claffey "The influence of prophylactic antibiotic administration on post-operative morbidity in dental implant surgery. A prospective double blind randomized controlled clinical trial" *Clin. Oral Impl. Res.* 25, 2014/252-259

8) MJ Dayler, S Jones, B Prendergast, LM Baddour, PB Lockhart, MH Thornhill "Incidence of infective endocarditis in England" *Jada*, 146(9) September 2015: 702

9) Marco Esposito, Maria Gabriella Grusovin, Vasiliki Loli, Paul Coulthard, Helen V Worthington

"Does antibiotic prophylaxis at implant placement decrease early implant failures? A Cochrane systematic review" *eur J Oral Implantol* 2010;3(2):101-110

10) Romandini M, De Tullio I, Congedi F, et al. Antibiotic prophylaxis at dental implant placement: Which is the best protocol? A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2019;46(3):382-395. doi:10.1111/jcpe.13080

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

OSTEOINTEGRAZIONE... PRIMA IL NULLA?

L'implantologia non è nata con le ricerche della scuola svedese, ma molto tempo prima con i lavori scientifici di Ugo Pasqualini

a cura di **Giulio C. Leghissa**

ODONTOIATRA

e **Filippo T. Casanova**

ODONTOIATRA

“Si sa da numerosi esperimenti che il letto di osso spongioso è molto adatto per la inserzione di impianti e che, purchè non ci sia un sovraccarico, si rimodellerà e si condenserà in osso più compatto”. [1] Molti, molti anni prima, nel 1962 scrive Ugo Pasqualini (nella foto): “Materiali biocompatibili, tecnica chirurgica esatta ed inclusioni sommerse consentono una osteogenesi riparativa con osso sano che si appone alle strutture implantari includendole stabilmente”.

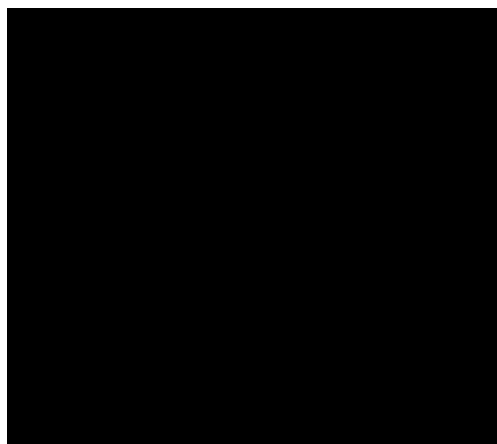
Pasqualini aveva cioè compreso, oltre 20 anni prima della dimostrazione scientifica della osteointegrazione, che era possibile ottenere impianti stabili rispettando la sterilità, non surriscaldando l'osso, non sovravvitando l'impianto e non sottoponendolo a carichi masticatori. Aveva confermato queste intuizioni eseguendo centinaia di sezioni istologiche che dimostravano la presenza di osso lamellare a circondare l'impianto, senza interposizione di tessuto fibroso. [2] In un precedentemente numero di questa rivista, abbiamo inoltre visto approfonditamente come i suoi lavori indicassero già diversi anni prima di altre pubblicazioni internazionali la possibilità del carico immediato. [3]

I lavori di Pasqualini non furono mai molto considerati dalla “odontoiatria universitaria” fino a quando non arrivarono i lavori scientifici della scuola svedese che dimostrava, in modo incontrovertibile, il successo della implantologia “osteointegrata”.

Non vi è dubbio che la scuola di Göteborg avesse prodotto documentazione di grande qualità e che, seguendo gli insegnamenti, si potesse fare un'implantologia affidabile e predicibile.

Ma era solo questo?

O c'era anche la potenza commerciale delle aziende produttrici che avevano intravisto il gigantesco business rap-



Sandra Randis (ASO), Giulio Cesare Leghissa e Ugo Pasqualini



TIPOLOGIA IMPIANTO	N° IMPIANTI INSERITI
VITE DI PASQUALINI	18
CESTELLO DI BELLAVIA	5
AGO DI MONDANI	3
LAMA DI PASQUALINI	5
TOTALE IMPIANTI INSERITI TRA 1981 E 1986 CON CONTROLLO NEL 2020	31

presentato dalla implantologia?

MATERIALI E METODI

Negli anni 1978-1987 sono stati inseriti un certo numero di impianti di Pasqualini (viti e lame) e di Bellavia (Viti e cestelli) per riabilitare alcune situazioni che soddisfacessero i seguenti criteri:

- 1) Sufficiente quantità di osso disponibile
- 2) Buone condizioni di salute sistemica
- 3) Decorose condizioni di igiene orale domiciliare
- 4) Buona adesione del paziente al progetto implantoprotesico

A titolo esemplificativo vediamo un caso.

La paziente P.F. che si presenta alla nostra osservazione il 2 settembre 1986. La ragazza era a Camogli in vacanza, saltellava sugli scogli, è scivolata e dopo aver battuto la faccia ha espulso, perdendolo, l'11, e ha fratturato la corona del 21 con esposizione pulpare. Si decide dunque di sostituire l'11

avulso con un impianto.

La foto intraoperatoria (figura 1) mostra la frattura della corticale vestibolare (apicalmente) e il coagulo intra-alveolare post traumatico. Ripulita la zona dai detriti di osso alveolare presenti, viene inserito l'impianto, zeppato materiale biocompatibile eterologo (figura 2) e una banda di tessuto connettivo prelevato dal palato (figura 3). Si procede dunque al riposizionamento del lembo e alla sutura (figura 4). Appena inserita la vite di Pasqualini si può osservare il livello dell'intimo contatti impianto-osso che, a distanza di anni, appare essersi spostato molto più coronale (figura 5). Nessuno può dire se ciò significa che vi sia una osteointegrazione effettiva, quello che si può dire è che non si evidenziano aree di rarefazione.

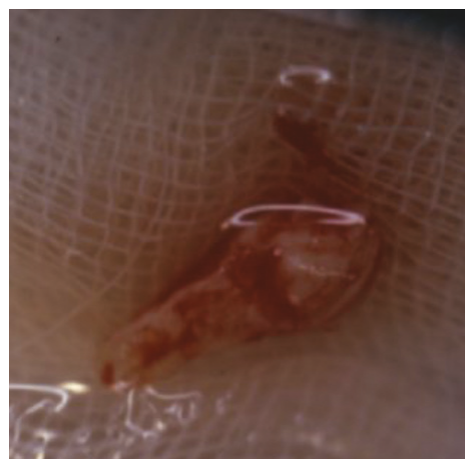
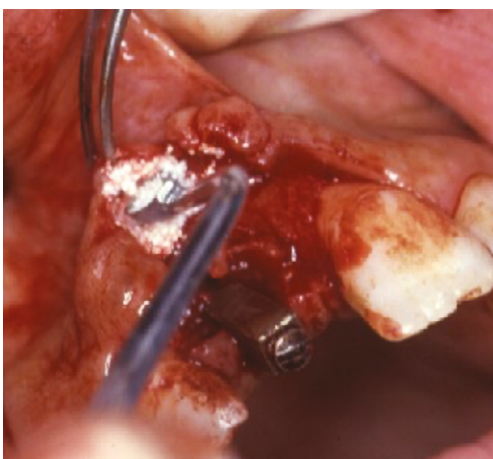
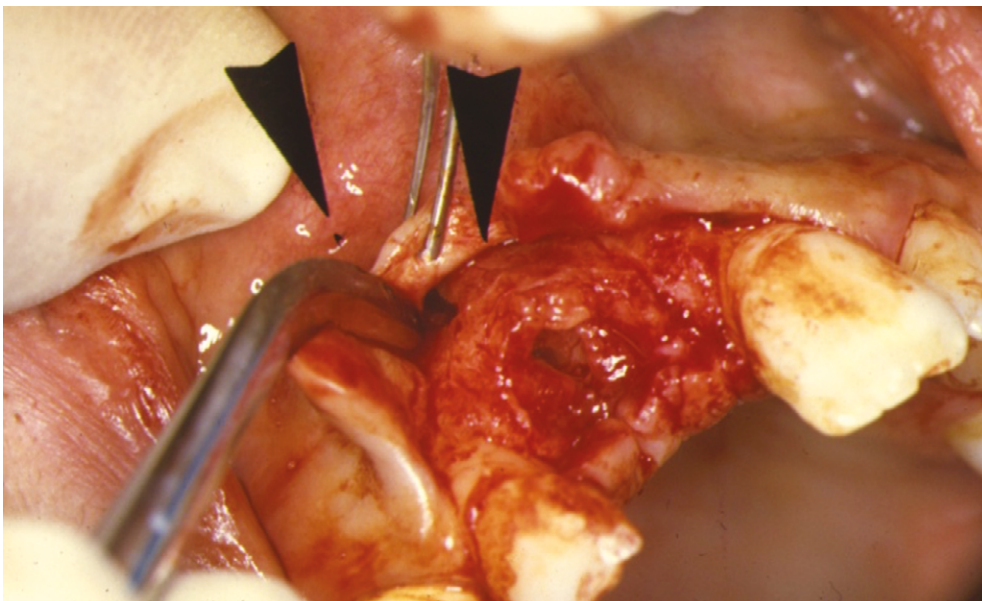
La soluzione protesica in metallo ceramica che solidarizza 11 e 21 si dimostra valida nel tempo. Il risultato a lungo termine è evidenziato dalle fotografie successive fino alla figura 8,

dove si vede il risultato della riabilitazione a 34 anni, e dalla radiografia acquisita a 34 anni dall'intervento, nella figura 9.

Nel periodo che va da inizio 1981 a fine 1986 abbiamo inserito 5 impianti a lama di Pasqualini, 18 impianti a vite di Pasqualini, 5 impianti a cestello di Bellavia. In realtà il numero di impianti inseriti è maggiore, ma alcuni pazienti sono stati persi nel corso degli anni e non è possibile risalire a loro per avere un controllo e alcuni sono deceduti. Alla metà del 2020, gli impianti inseriti e riportati nella precedente tabella sono ancora tutti in funzione e non mostrano segni di fallimento.

Discussione

Pur esistendo una più limitata quantità di letteratura sulle vecchie sistematiche implantari (sia in quantità che in qualità), è interessante vedere come alcuni di questi casi abbiamo avuto una lunga storia e siano arrivati ad oggi con risultati clinicamente ac-





FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

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



Il segreto



di uno splendido sorriso





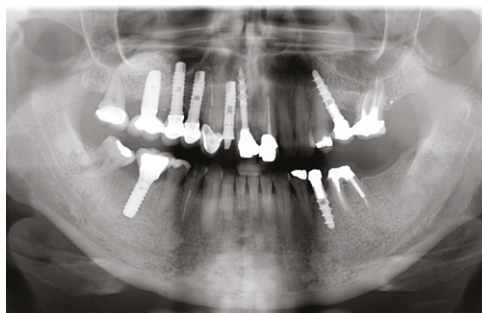
Pasqualini, ripresa anche in successivi lavori [6] [5] [7] poteva inoltre essere stabilizzata con aghi saldati intraoralmente per ottenere una maggior stabilità. Tuttavia, il termine saldatura è improprio, sarebbe più opportuno parlare di sincristallizzazione molecolare, ovvero un processo che "sfrutta l'alta temperatura che si raggiunge quando si verifica una notevole resistenza al passaggio di una corrente elettrica di basso voltaggio ed alto amperaggio e permette di saldare tutti quei metalli che risultano essere cattivi conduttori di elettricità quali il titanio, l'acciaio e le leghe non nobili" [7] [8] [9] [10] [11].

Nel presente lavoro sono presenti 18 viti di Pasqualini solidarizzate in 3 casi ad aghi di Mondani.



Lame

Nel 1963 Linkow, introduce le lame implantologiche, impianti dal profilo sottile che ricorda appunto quello di una lama. Tali lame sono in seguito modificate sia dallo stesso Linkow (nel 1967 Linkow progettò anche l'impianto "Vent Plant", ossia un impianto a lama con una superficie cava fenestrata che permette all'osso di penetrare) e poi da altri ricercatori. Roberts e Roberts nel 1970, concepirono i Ramus Frame Implant (nella figura), impiegati quando disposti a tripode per stabilizzare una protesi mobile inferiore. Nel presente lavoro abbiamo valutato la sopravvivenza di 5 lame di Pasqualini inserite tra 1981 e 1986. Tale impianto è stato introdotto negli anni 70, e aveva la caratteristica di essere modificata per essere pre-adattata al sito ricevente: per questo prende anche il nome di lama polimorfa di Pasqualini.



cettabili. Esistono alcuni estesi lavori sulla tematica della storia dell'implantologia e delle metodiche implantari, come "A Brief Historical Perspective on Dental Implants, Their Surface Coatings and Treatments" di Celeste M. Abraham. [4]

Cestelli

Sui cestelli abbiamo materiale risalente a oltre cento anni fa. Infatti, già nel 1909 Grienfield sperimenta un sistema implantare (a due fasi) la cui vite intraossea ha una forma a cestello; successivamente tale design fu ripreso da altri autori tra i quali Muratori [3] [4] e lo stesso Branemark, nei primissimi design implantari. Tra i casi riportati vi sono 5 cestelli di Bellavia, i quali sfruttano la filettatura interna e cava della fixture per consentire l'oste-

integrazione e la stabilità della vite implantare



Viti e aghi di Mondani

Sulle viti possiamo citare diversi autori, ma per il lavoro in questione ci soffermeremo su uno in particolare: Ugo Pasqualini. La vite (One Piece) di

Conclusioni

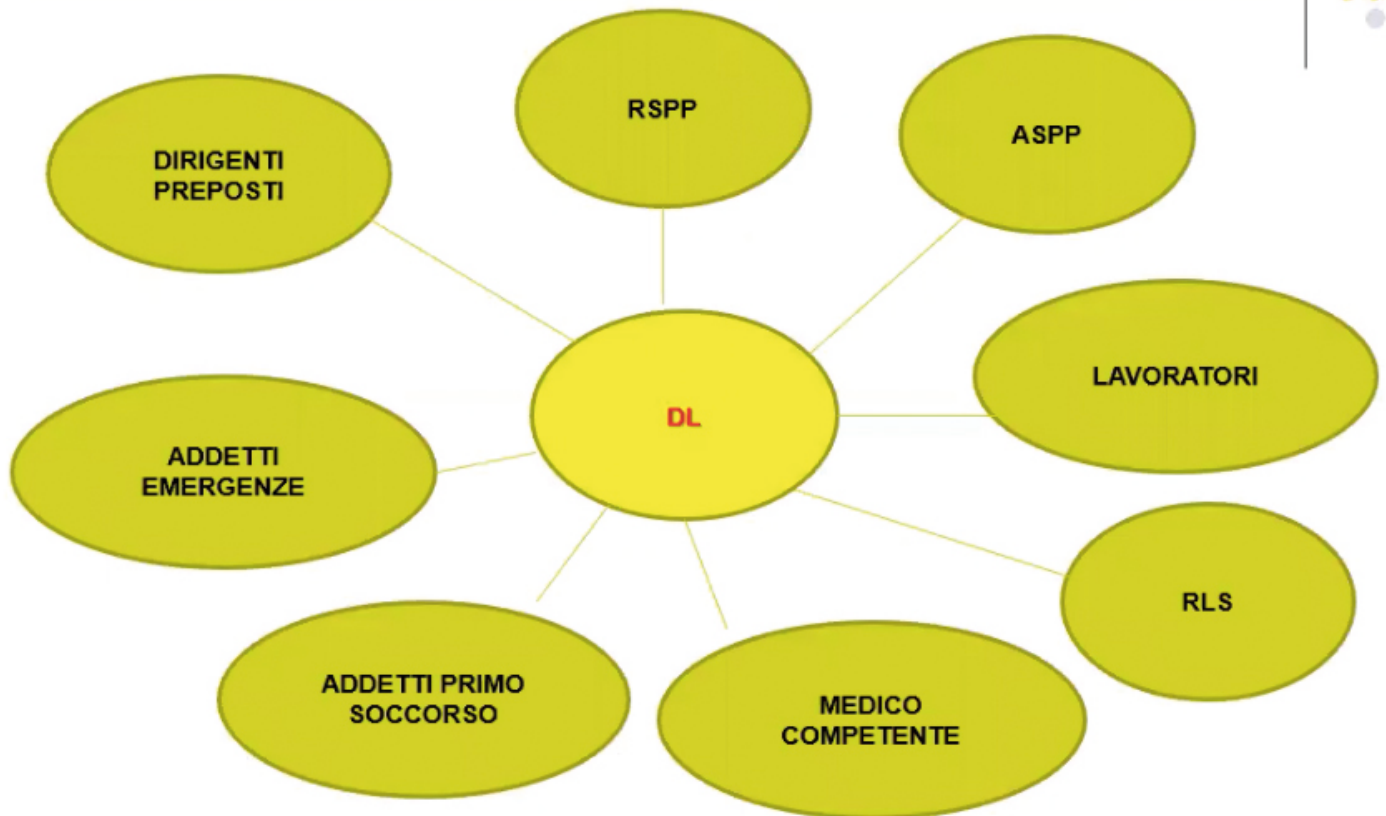
Nel presente lavoro abbiamo seguito la sopravvivenza di lavori implantoprotesici eseguiti tra i 35 e 40 anni fa, in un singolo centro e da un singolo professionista, sorretti da fixtures in larga parte non più utilizzate o in commercio, ma che ad oggi risultano ancora in funzione. Cosa dobbiamo pensare di queste metodiche implantari? Sarebbe interessante valutare la sopravvivenza di tali tipologie di impianti, in funzione da molti anni, a lungo termine, su più larga scala e su più centri.

[CLICCA E CONSULTA LE OPERE CITATE](#)

SIASO: PERCORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE. CHI È IL MEDICO COMPETENTE?

a cura di **Carlo Nava**

MEDICO DEL LAVORO - CNAVA@POLICLINICO.MI.IT



Iniziamo dalla norma: quella che regola gli aspetti della prevenzione, della protezione dei lavoratori, dei rischi, delle procedure è il D.Lgs 81/2008 (foto 1) che racchiude una serie di normative prendendo il posto della famosa legge 626 del '94 con cui è stato normato per la prima volta il rischio biologico che è il principale per gli operatori sanitari, dall'ospedale allo studio odontoiatrico. Poi il rischio biologico viene tarato in virtù del tipo di attività che un operatore sanitario svolge.

Chi governa tutto questo aspetto preventivo e protettivo sui lavoratori è il testo unico 81/2008 che coinvolge nella gestione della sicurezza in azienda tutta una serie di figure.

Chi è ritenuto il maggior responsabile per ciò che accade all'interno dell'azienda è il datore di lavoro. Il datore di lavoro deve ottemperare a questo decreto e per farlo deve nominare una serie di 'collaboratori'. Il primo momento che il datore di lavoro deve mettere in moto è capire se nell'azienda che governa ci siano dei fattori di rischio per i lavoratori. Per valutare questo aspetto deve seguire direttamente il datore di lavoro dei corsi per poter svolgere una funzione importante all'interno dell'azienda di responsabile del servizio di protezione e prevenzione. Nelle aziende grandi più facilmente ci si rivolge a consulenti esterni con competenze specifiche per questo

lavoro. Nelle aziende di dimensioni più ridotte non è raro che sia invece il datore di lavoro a ricoprire il ruolo di Rsp (responsabile servizi prevenzione protezione) dopo aver seguito specifici corsi di formazione e gli annessi corsi di aggiornamento. Qual è la funzione principe del Rsp? La valutazione dei rischi, cioè capire se i fattori di pericolo a cui tutta la popolazione è esposta per alcune attività lavorative, diventa fattore di rischio. Il responsabile deve dunque valutare tutti i rischi a cui fa riferimento la norma: poi se non c'è come rischio lavorativo, all'interno del documento che si prepara facendo questa valutazione che si chiama documento di valuta-

zione dei rischi, dichiarerà appunto che non ci sono rischi presenti.

Qual è il fine della norma? Io ti dico quali sono tutti i rischi che potrebbero essere presenti e tu mi dici se ci sono o non ci sono dichiarandolo esplicitamente. Non basta dire "secondo me" c'è solo il tal rischio... Il documento di valutazione dei rischi che solitamente viene compilato dall'Rspp spesso in collaborazione con una figura sanitaria, il medico, che non è ancora stato nominato medico competente, perché la nomina del medico competente avviene in base a quanto viene scritto nel documento di valutazione dei rischi. Se non ci sono fattori di rischio lavorativi, il medico competente non è necessario nominarlo perché non è necessario approntare un percorso di sorveglianza sanitaria. Il medico competente viene nominato in virtù di quanto è scritto nel DVR.

Poi abbiamo tanti altri attori che ruotano intorno a questo servizio di prevenzione: nelle aziende grandi abbiamo un addetto dedicato, poi c'è il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (Rls) che viene nominato da tutti gli altri colleghi (attenzione: è un obbligo) e per svolgere queste funzioni deve affrontare un percorso di formazione di 31/32 ore e i successivi aggiornamenti. Il suo compito è vigilare che tutti gli aspetti relativi alla sicurezza dell'81/2008 ma anche di altre norme siano rispettati e adeguatamente valutati. Abbiamo gli addetti al primo soccorso in caso di malore o infortunio ecc, e gli addetti emergenze come l'addetto antincendio. Sono figure che il datore di lavoro deve obbligatoriamente nominare all'interno dell'azienda e per svolgere la loro funzione devono seguire dei corsi di formazione e aggiornamenti periodici.

Quindi abbiamo i dirigenti preposti che in ospedale o in un ambulatorio molto grande possono essere per esempio il primario, il caposala, il capotecnico ecc. La loro funzione è quella di vigilare affinché tutte le procedure aziendali siano correttamente seguite da parte dei lavoratori. Se così non fosse il dirigente e il preposto devono comunicare questa mancata osservanza delle disposizioni aziendali al datore di lavoro che eventualmente prenderà dei provvedimenti verso i lavoratori che non seguono le procedure decise dall'azienda.

Infine abbiamo il medico competente, che è una figura "tecnica", specialista in medicina del lavoro o di igiene preventiva o di medicina legale che però per svolgere la funzione di medico competente deve seguire appositi corsi di aggiornamento. L'unica figura medica che non è obbligata a seguire dei corsi di aggiornamento professionale è il medico del lavoro perché nella sua professione è già previsto questo percorso formativo. E poi il lavoratore che deve aiutare tutti gli attori coinvolti in queste funzioni a gestire la prevenzione nel modo più corretto seguendo le procedure che l'azienda emana in termini di sicurezza e prevenzione degli infortuni, malattie professionali ecc. È un impianto abbastanza complesso e corposo che tutte le aziende devono mettere in moto.

Fattori di rischio per la salute

- Agenti chimici
- Agenti cancerogeni (H350, H350i, H351) e mutageni (H340, H341)
- Agenti biologici
- Vibrazioni
- Rumore
- Videoterminali
- Radiazioni ionizzanti e non ionizzanti

- Carico di lavoro fisico
- Lavoro a turno notturno

La valutazione deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli collegati allo stress lavoro-correlato* nonché quelli connessi alle differenze di genere, età, provenienza da altri Paesi (art. 28 comma 1).

* si veda l'accordo interconfederale del 9 giugno 2008 per il recepimento dell'accordo quadro europeo sullo stress lavoro-correlato concluso l'8 ottobre 2004.

Quasi tutti questi fattori di rischio sono contenuti nella legge 81, tranne le radiazioni ionizzanti e non ionizzanti e il lavoro a turno notturno. Se il fattore di pericolo non assume la valenza di fattore di rischio dopo essere valutato non è un fattore di rischio. Ora vediamo quali potrebbero essere i fattori di rischio in uno studio odontoiatrico: sicuramente, in prima battuta, gli agenti biologici perché quando si svolge un'attività anche chirurgica come quella che spesso accade nel settore odontoiatrico su un paziente il rischio biologico è gioco-forza presente per le manovre che in uno studio odontoiatrico vengono effettuate.



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

Videoterminali diventano un rischio quando il lavoratore è esposto per un tempo settimanale superiore alle 20 ore.

Il rischio prevalente in uno studio odontoiatrico è dunque quello biologico ex Titolo X D. Lgs 81/2008.

Campo di applicazione (art. 266): tutte le attività lavorative in cui vi è rischio di esposizione ad agenti biologici. Definizioni (art. 267): si intende per agente biologico qualsiasi microrganismo anche se geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita umano che potrebbe provocare infezioni, allergie, intossicazioni; microrganismo è qualsiasi entità microbiologica, cellulare o meno, in grado di riprodursi o trasferire materiale genetico; coltura cellulare è il risultato della crescita in vitro di cellule derivate da organismi pluricellulari.

Misure tecniche, organizzative e procedurali (art. 272):

- evitare l'utilizzazione di agenti biologici nocivi
- limitare al minimo i lavoratori esposti, o potenzialmente esposti, al rischio di agenti biologici

- progettare adeguatamente i processi lavorativi
- adottare misure collettive di protezione, ovvero misure di protezione individuale
- adottare misure igieniche
- usare il segnale di rischio biologico e altri segnali di avvertimento appropriati
- elaborare idonee procedure per prelevare, manipolare e trattare campioni
- definire procedure di emergenza
- verificare la presenza di agenti biologici al di fuori del contenimento fisico primario
- predisporre i mezzi per la raccolta, l'immagazzinamento e lo smaltimento dei rifiuti in sicurezza
- concordare procedure per la manipolazione e il trasporto in sicurezza nel luogo di lavoro

Misure igieniche (art. 273)

In tutte le attività comportanti rischi per la salute dei lavoratori il datore di lavoro assicura:

- servizi sanitari adeguati, lavaggi oculari e antisettici per la pelle
- indumenti protettivi o altri indu-

menti idonei, da riporre in posti separati dagli abiti civili

- dispositivi di protezione individuale controllati, disinfettanti e puliti dopo ogni utilizzazione, provvedendo altresì a far riparare o sostituire quelli difettosi prima dell'utilizzazione successiva

- gli indumenti di lavoro e protettivi che possono essere contaminati da agenti biologici vengano tolti quando il lavoratore lascia la zona di lavoro, conservati separatamente dagli altri indumenti, disinfettati, puliti e, se necessario, distrutti

- è vietato assumere cibi o bevande e fumare nelle aree di lavoro in cui c'è rischio di esposizione.

Informazione e formazione (art. 278)

È obbligatoria in tutte le attività con rischio per la salute dei lavoratori e comprende informazioni, istruzioni e formazione concernenti:

- i rischi per la salute dovuti agli agenti biologici utilizzati
- le precauzioni da prendere per evitare l'esposizione
- le misure igieniche da osservare



- la funzione degli indumenti di lavoro e protettivi e dei dispositivi di protezione individuale e il loro corretto impiego
- le procedure da seguire per la manipolazione di agenti biologici del gruppo 4
- il modo di prevenire il verificarsi di infortuni e le misure da adottare per ridurle al minimo le conseguenze.

L'informazione e la formazione sono fornite prima che il lavoratore sia adibito alle attività in questione, e ripetute, con frequenza almeno quinquennale, e comunque ogni qualvolta si verificano nelle lavorazioni cambiamenti che influiscono sulla natura e sul grado dei rischi.

Nel luogo di lavoro sono apposti in posizione ben visibile cartelli su cui sono riportate le procedure da seguire in caso di infortunio o incidente.

Sorveglianza sanitaria (art. 279)

Il rischio biologico non è soltanto un rischio professionale: tutti noi vi siamo esposti. Il rischio biologico è una esposizione naturale per tutta la popolazione, a prescindere dall'attività lavorativa che si svolge. Poi, ci sono attività lavorative in cui questa esposizione naturale viene superata. Se questa esposizione naturale viene superata durante lo svolgimento dell'attività lavorativa assume la valenza di rischio professionale. Qualora l'esito della valutazione del rischio ne rilevi la ne-



cessità i lavoratori esposti ad agenti biologici sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41. È un obbligo, sia chiaro, non una facoltà. Se c'è un rischio lavorativo la sorveglianza sanitaria è obbligatoria, dunque diventa obbligatoria la nomina del medico competente ed è obbligatorio che quest'ultimo predisponga un piano sanitario aziendale dopo aver compiuto un sopralluogo in azienda per capire come

è strutturata e se tutti i rischi evidenziati all'interno del documento siano stati adeguatamente valutati. Eventualmente aggiunge alcune novità in virtù delle proprie competenze. Nel piano sanitario aziendale saranno indicate due cose prima di tutto, con effetto obbligatorio:
* ogni quanto la visita medica deve essere effettuata
* se, a corredo della visita medica, devono essere anche degli accerta-



RS DI SPAIRANI

OTTICHE & ILLUMINAZIONE

SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA

VIA SAVONA, 41

20144 MILANO

www.rsmilano.it

02 474369

sede@rsmilano.it

menti ematici o strumentali.

Il datore di lavoro, su parere del medico competente, adotta misure preventive particolari fra cui:

- * messa a disposizione di vaccini efficaci
- * allontanamento temporaneo del lavoratore (secondo le procedure dell'art. 42)
- * la funzione degli indumenti di lavoro e protettivi e dei dispositivi di protezione individuale e il loro corretto impiego
- * la revisione della valutazione dei rischi in caso di anomalie riscontrate negli accertamenti sanitari.

Il medico competente informa i lavoratori sulla necessità di sottoporsi a controllo anche dopo la cessazione della esposizione, e sui vantaggi e inconvenienti della vaccinazione e della non vaccinazione.

LA CONTAMINAZIONE MICROBICA NELL'AMBULATORIO ODONTOIATRICO

Una premessa è doverosa: non si può dire che all'interno dello studio odontoiatrico non ci siano le condizioni della contaminazione microbica. Magari si tratterà di un rischio basso, a seconda del tipo di attività che viene svolta, ma certamente là dove si utilizzano strumenti come le frese, è inevitabile che il rischio biologico sia ben presente. D'altronde, non sono il solo a dirlo, ma la letteratura scientifica in più casi ha evidenziato casi del genere.

Vediamo ora a cosa si riferisce il rischio infettivo nell'ambulatorio odontoiatrico:

* alla presenza di portatori microbici tra pazienti e tra il personale dell'equipe odontoiatrica: gli interventi che si fanno sul paziente sono il principale fattore di rischio anche perché del paziente, anche quelli che si conoscono da più tempo, non si può sapere tutto. D'altronde, è vietato svolgere delle indagini sul paziente non correlate alla patologia e al tipo di attività che si deve fare sul paziente. In altre parole, di cosa sia portatore il paziente non sapete nulla, e magari non lo sa nemmeno lui. D'altronde, lo sappiamo tutti, ci sono portatori sani e asintomatici di malattie infettive (dalla tubercolosi al coronavirus, dall'epatite c all'HIV). Anche il personale



dell'equipe ovviamente potrebbe in alcuni casi correre questo genere di rischio. Se viene fatta la sorveglianza sanitaria e se l'odontoiatra e l'aso sono idonei a svolgere quell'attività è una tutela anche per il paziente.

* Alle procedure terapeutiche svolte in stretta vicinanza del volto del paziente da parte dell'equipe odontoiatrica, in un ristretto campo operatorio con presenza di sangue e di saliva. Questa "nube" microbiologica è stata misurata con un diametro che supera abbondantemente il metro.

* All'utilizzo di strumenti taglienti e acuminati che comporta un rischio infortunistico (che segue un percorso ben definito).

* All'utilizzo di strumenti rotanti ad alta velocità che provoca la famigerata nube microbiologica che coin-

volge tutta l'equipe presente.

* Al rischio di ferite durante le procedure di pulizia dello strumento utilizzato, per esempio durante la decontaminazione o sterilizzazione in autoclave. In questo caso a correre il rischio potrebbero essere figure ausiliarie dello studio odontoiatrico.

* Alla presenza di apparecchiatura con superfici difficili da decontaminare, si pensi a tutto il discorso relativo al cosiddetto "riunito".

* Allo scambio di manufatti con strutture esterne all'ambulatorio odontoiatrico, pensiamo per esempio al collegamento con il settore degli odontotecnici.

Dunque, i momenti di esposizione ad alcuni agenti biologici all'interno dell'attività dello studio odontoiatrico e, talvolta, anche all'esterno vanno tenuti in grande considerazione.

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

IL NUOVO CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DEGLI STUDI PROFESSIONALI

È stato rinnovato e scadrà nel 2023. È stato siglato, tra gli altri, da CONFSAL, SIASO Confasal, FISAPI, ANTAMOP e SIOD

a cura di **Fulvia Magenga**

SEGRETERIO GENERALE SIASO CONFSAL
SEGRETERIA@SIASO.IT

Ecco i punti di forza del nuovo CCNL degli studi professionali:

- Il Primo inserimento che consente in un regime retributivo ridotto, rispetto al livello ordinario di inquadramento previsto per assunzioni a tempo indeterminato, di soggetti privi di esperienza professionale o che abbiano un'esperienza inferiore ai 6 mesi nella mansione affidata;
- Per agevolare il reimpiego abbiamo previsto regime retributivo ridotto, previsto per assunzioni a tempo indeterminato di particolari categorie di lavoratori svantaggiati, ovvero ultracinquantenni, disoccupati di lunga durata, donne prive di impiego da almeno 6 mesi, soggetti espulsi dal mercato del lavoro da ricollocare;
- Per le aree svantaggiate abbiamo previsto un regime di "retribuzione differenziata", previsto per assunzioni a tempo indeterminato in aree economicamente depresse;
- È stato introdotto il premio di risultato individuale: in luogo della 14° mensilità, è previsto un premio individuale che può ammontare fino al 70% della retribuzione mensile, commisurato alla presenza e alla condotta individuale di ogni lavoratore, mirando a creare un maggiore livello di partecipazione alla crescita comune del contesto lavorativo libero professionale;
- Conciliazione tempi vita-lavoro e Welfare;
- Abbiamo previsto contributi per Assistenza sanitaria pediatrica di prossimità e Psicologo post partum: prestazioni di assistenza gratuita per le donne lavoratrici che, in costanza di lavoro, si apprestano a diventare madri;

- È stato introdotto il piano individuale di benessere: una parte del premio di risultato individuale viene erogato obbligatoriamente sotto forma di un Premio Individuale di Benessere (P.I.B.) detto anche Welfare Individuale, il quale dà a ogni singolo lavoratore e/o familiare la possibilità di chiedere l'erogazione di beni in servizi o natura. L'importo erogato al lavoratore sotto forma di benefit non è sottoposto a ritenute previdenziali e assoggettamento fiscale;

- Si può accedere all'assistenza sanitaria integrativa: in caso di adesione al fondo sanitario SANISP, è garantita, gratuitamente, l'assistenza sanitaria integrativa per il datore di

lavoro e per i lavoratori dello Studio Professionale;

- Per quanto riguarda il Welfare Bilaterale: in caso di adesione all'Ente Bilaterale Ebilp, sono garantiti il finanziamento dei servizi di cui usufruisce lo Studio Professionale (sicurezza e salute sul lavoro, certificazione dei contratti, conciliazioni sindacali, contrattazione di II livello, pareri di conformità sui piani formativi degli apprendisti) e prestazioni di sostegno al reddito per i lavoratori (premi natalità, contributi mensa scolastica figli, contributi acquisto libri e dispositivi digitali).

Se vuoi saperne di più, puoi contattare 389 952 7920 | info@fisapi.it





***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

UN INCONTRO CON IL PIANISTA

Un libro che è una dettagliata biografia, e non solo, del musicista Franco D'Andrea

di **Mario Mariotti**

MUSICISTA

MARIO.MARIOTTI@CONSERVATORIO.CH



Il testo di Flavio Caprera, pubblicato due mesi fa, permette al lettore di addentrarsi nella biografia e nella discografia di Franco D'Andrea, risultando non solo una dettagliata descrizione dello sviluppo artistico del musicista ma un vero e proprio mezzo di "incontro" fra il lettore e la figura del pianista.

Leggendo le righe del libro ci sembra di ascoltarle dettate dalla viva voce di D'Andrea, grazie ad una notevole impegno di Caprera nel proporre materiali originali raccolti durante numerose interviste sviluppate in anni di conversazioni con il musicista e un'attenta raccolta di dati, documenti e testimonianze, intersecandoli sempre a propri spunti di riflessione oppure a inter-

venti "esterni" di collaboratori che permettono di vederne la figura da differenti prospettive.

Il libro racconta, per la prima volta, l'intera evoluzione della personalità e del linguaggio di D'Andrea attraverso le sue numerose e diverse fasi artistiche e progettuali, concretizzate anche nella corposa produzione discografica: dagli anni giovanili al Modern Art Trio, una delle formazioni più audaci degli anni '60, passando per l'esperienza jazz-rock del Perigeo e le molte illustri collaborazioni artistiche successive, per arrivare infine ai recenti, fertilissimi anni. È infatti grazie alla continua rimessa in discussione degli stili e del proprio linguaggio, nutrito da una curiosità e da un istinto evolutivo

inarrestabili, che la traiettoria artistica di D'Andrea si estende sino ai giorni nostri con un estro e un'originalità impareggiabili.

L'importanza della ricerca di un'estetica e di un'idea del "fare jazz" personali da parte del Maestro pervadono tutto il testo e, nel festeggiarne gli ottant'anni, la lettura di un libro come questo risulterà sicuramente un ottimo punto di partenza per sviluppare delle riflessioni sulla creazione musicale da parte dei performer delle nuove generazioni, alle volte inclini a certo "calligrafismo" artistico, poiché, come lo stesso giornalista confessa a chi scrive: "Franco D'Andrea senza ombra di dubbio è uno dei grandi innovatori del jazz italiano ed europeo. Con la sua ricerca, lo ha emancipato dai canoni tradizionali per farlo diventare una voce originale nel grande alveo della matrice afroamericana".

Genio e regulatezza sono i termini usati dal trombettista Enrico Rava per descrivere la personalità di un musicista protagonista della musica improvvisata degli ultimi sessant'anni, capace di rileggere e trasformare sé stesso, capace di confrontarsi con gli organici più disparati, in grado di farsi sideman partecipe attivamente nei progetti altrui e leader che condivide con i collaboratori le proprie scelte, sapendo anche aspettare che, con i loro tempi, si avvicinino alla sua idea complessa di performance in modo "naturale".

La sua opera comprende circa 160 dischi e 200 composizioni scritte.

L'autore Flavio Caprera (Polignano a Mare, 1966) è un giornalista e scrittore italiano. Ha lavorato per quotidiani, radio e riviste specializzate. Attualmente scrive articoli e recensioni per il web magazine jazzconvention.net. Fra le sue più recenti pubblicazioni: Jazz Music (Mondadori, 2006), Jazz 101 (Mondadori, 2009), Dizionario del Jazz Italiano (Feltrinelli, 2014).

Franco D'Andrea, un ritratto di Flavio Caprera edito da EDT, Torino. Prefazione di Enrico Rava

Consigli di lettura

a cura di **Danila Piovani**

LE EROINE DELL'ALTO FRIULI



La vicenda narrata si svolge sul fronte italiano, nell'alto Friuli, sulle Alpi Carniche, durante la Prima guerra mondiale. Nel piccolo paese di Timau sono rimaste solo le donne, costrette a lavorare, a gestire i bambini, i vecchi, gli animali, a sopportare la fame, gli stenti, le miserie che la guerra porta con sé. Sono donne abituate alla fatica e al sacrificio, donne del loro tempo, rappresentate dalla protagonista, Agata, giovane, forte e determinata. Gli uomini sono tutti sulle montagne a combattere gli austriaci, in prima linea. Per dare un supporto logistico ai soldati, il comando militare chiede alle donne del paese, contadine, abituate alla fatica fisica e alla resilienza, di portare loro quotidianamente rifornimenti, viveri, medicinali, munizioni, sistemati in pesantissime gerle. La fatica e il coraggio sono enormi. Ogni mattina, le spalle cariche e doloranti, ai piedi i leggeri scarpetz friulani, da loro stesse fatti, le portatrici si arrampicano per sentieri impervi, con qualsiasi tempo, la neve alle ginocchia, sotto il tiro dei cecchi-

ni; affrontano paura e fatica, cantando e pregando, aggrappandosi alle rocce, come le stelle alpine, i fiori di roccia, per l'appunto.

Camminano per ore, fino ad arrivare ai soldati in trincea, fornendo anche un appoggio morale, oltre che materiale. Nel percorso inverso, portano a valle panni e cose, da lavare e sistemare, e anche i cadaveri dei caduti, a cui preparano le fosse. Dopo una prima diffidenza da parte degli uomini verso queste donne, si instaura un rapporto di umanità, di fiducia e di reciproca affezione, vengono attese con gratitudine e ammirazione. La storia è romanzata, ma è basata su fatti veri, documentati con cura dall'autrice che descrive queste straordinarie figure, realmente esistite, eppure misconosciute.

Si tratta di un libro emozionante, vero, autentico che consiglio a tutti di leggere.

**Fiore di roccia (Longanesi)
di Ilaria Tuti**

LA SAGA NELLA TERRA DEI MANDROGNI

Il termine Mandrogno, nel titolo di questo romanzo, è un piemontesismo che indica gli abitanti di una antica piccola zona, un borgo preesistente alla città di Alessandria: gente chiusa, dedita al commercio, ingegnosa, scaltra, lavoratrice.

Gli autori sono i due fratelli Erizzo,



avvocati, alessandrini di nascita, che hanno scritto il romanzo a quattro mani nei primi anni del 1940. Essi si fingono discendenti della famiglia da cui prende origine la saga: come fossero dei detective, ne scovano le vicende, scartabellando tra documenti e lettere, trovati in un vecchio armadio di casa, con l'aiuto, i ricordi e le testimonianze di una anziana zia. La storia, ambientata per l'appunto nel basso Piemonte, tra Alessandria, Casale e Genova, ha inizio dai Montecucco, proprietari e abitanti della tenuta del Cucco, siamo nel giugno del 1800, nel giorno della battaglia di Marengo, e si svolge per tutto il secolo fino agli anni '40 del Novecento. Tutto prende origine dalla vicenda di un ufficialetto francese dai capelli rossi, Isidoro Chénousset, ferito a Marengo, il quale, nascosto nella carretta di un Mandrogno, viene portato al Cucco, perché venga accolto e curato. Una volta guarito, tornerà al suo esercito, lasciando dietro di sé una inaspettata, quanto fondamentale,

discendenza che vedrà comparire ad ogni generazione un componente dai capelli rossi, un po' scapestrato, un po' stravagante, in grado comunque di rompere l'ordine della famiglia. Si dipana nell'arco di più di un secolo, coinvolgendo almeno tre casate, ciascuna con la propria storia, variamente e ingegnosamente intrecciata con le altre. Il romanzo è avvincente, lo stile è elegante, arguto, accurato nella descrizione psicologica dei numerosi personaggi; precisa è la narrazione storica dei fatti, che ci accompagna nel corso dei decenni. Il libro è incredibilmente poco conosciuto, a volte di difficile reperibilità, non esiste in forma digitale.

Per chi ama letture ponderose è assolutamente consigliabile.

**Il regalo del Mandrogno
(Arabafenice)
di Pier Luigi Erizzo
ed Ettore Erizzo**

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

