

Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

ANNO VIII
N. 1 - 2021



La petizione SIOD

**IL DIRITTO
DI ESSERE VACCINATI**

Covid 19



Per chi si ammala
la terapia deve
incominciare subito

L'Istituto Mario Negri e l'Ospedale
Giovanni XXIII di Bergamo
sottolineano l'importanza dell'uso
immediato di antinfiammatori

Covid 19

Il licenziamento
per cessazione di attività
durante la pandemia

Gli esperti di Siaso spiegano
il provvedimento governativo
della sospensione. Per chi non si
adegua sono previste sanzioni

Covid 19

«L'ho avuto anche io:
vi racconto che cosa
è stato il mio virus»

Il professor Federico Biglioli,
specialista in chirurgia
maxillo-facciale e microchirurgia
ha affrontato la malattia

di Giulio Cesare Leghissa

SEGRETARIO GENERALE SIOD

È iniziata la corsa alla vaccinazione degli operatori sanitari alla quale dovrebbe seguire quella degli over 80 e via via di tutti gli italiani.

I lavoratori dell'odontoiatria (odontoiatri, ASO, igienisti, segretarie) hanno diritto a rientrare nella prima ondata di vaccinazione in quanto operatori sanitari?

SIOD ha raccolto un migliaio di firme in pochi giorni all'appello per essere vaccinati. Il ministro della Salute Speranza ha dichiarato che gli operatori sanitari in odontoiatria hanno diritto di rientrare nella prima ondata di vaccinazione. Ma nella realtà, in molte regioni italiane, Lombardia in testa, le vaccinazioni sono molto indietro e nessun odontoiatra, o ASO, o igienista, risulta ancora vaccinato.

Il dott. Massimo Roncalli, presidente CAO MB denuncia il fatto che in Lombardia il 51% dei vaccinati non rientravano nelle categorie ad alto rischio previste per la prima fase. Vogliamo affrontare seriamente la campagna di vaccinazione?

Il vaccino è l'unica arma a nostra disposizione per fermare la pandemia. In Italia abbiamo avuto quasi 90mila morti a oggi: una città come Como spazzata via da una bomba termonucleare. Questa è la dimensione della tragedia. Ci diamo una mossa?

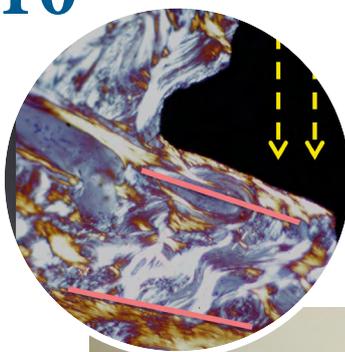
Più avanti troverai il link della petizione di SIOD da firmare: contribuisci anche tu. Continua a crescere la petizione lanciata da SIOD (Sindacato Italiano Odontoiatria Democratica) che intende proporre al ministro della Salute la vaccinazione per tutti gli operatori del comparto odontoiatrico (medici odontoiatri, ASO, igienisti dentali).

[CLICCA QUI PER FIRMARE LA PETIZIONE](#)

Odontoiatria Team at Work

N. 1 - 2021

10



16



20



- 4 NEWS & LETTERATURA
- 6 COVID 19: LA TERAPIA DEVE INIZIARE SUBITO
- 7 GLI STUDI SUI SINGOLI IMPIANTI IMMEDIATI
- 9 RIABILITARE IL MASCELLARE COMPLETAMENTE EDENTULO: DOVE BISOGNA METTERE IL CANINO?
- 10 CARICO IMMEDIATO TRA STORIA ED EVIDENZE
- 15 CORSI COM E CONGRESSO NAZIONALE COI-AIOG
- 16 IL VACCINO: OBBLIGHI DEL PERSONALE SANITARIO
- 19 SIASO: IL LICENZIAMENTO PER CESSAZIONE DI ATTIVITÀ DURANTE LA PANDEMIA
- 20 COVID 19? UNA MALATTIA COME LE ALTRE
- 23 VI RACCONTO IL “MIO” COVID
- 24 FRANZ KOGLMANN: I FRUTTI DELLA SOLITUDINE
- 27 COMPIE UN ANNO IL GIN ITALIANO

La squadra della rivista



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



FULVIA MAGENGA
ASO

Il board editoriale

Mirella Baldoni
(odontoiatra)
Federico Biglioli
(professore universitario)
Marialice Boldi
(igienista dentale)
Anna Botteri
(economia/fisco)
Maria Grazia Cannarozzo
(odontoiatra)
Antonio Carrassi
(professore universitario)
Stefano Cavagna
(odontoiatra)
Silvia Cavallini
(chinesiologa clinica)
Luigi Checchi
(professore universitario)
Stefano Daniele
(odontoiatra)
Luca Francetti
(professore universitario)
Mauro Merli
(odontoiatra)
Lucio Montebugnoli
(professore universitario)

Stefano Parma Benfenati
(odontoiatra)
Ernesto Rapisarda
(professore universitario)
Lia Rimondini
(professore universitario)
Eugenio Romeo
(professore universitario)
Andrea Sardella
(professore universitario)
Silvia Alessandra Terzo
(ASO Regione Veneto)
Tiziano Testori
(odontoiatra)
Carlo Tinti
(odontoiatra)
Fabio Tosolin
(psicologo)
Serban Tovar
(professore universitario)
Leonardo Trombelli
(professore universitario)
Filippo Turchet Casanova
(odontoiatra)
Roberto Weinstein
(professore universitario)



S I A S O

SINDACATO ITALIANO ASSISTENTI STUDIO ODONTOIATRICO

ADERENTE A **confsat**



Krugg

Geistlich
Biomaterials



Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

kuraray

Noritake

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@lepabri.it

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

NEWS & LETTERATURA

fonte: Smits KPJ, Listl S, Jevdjevic M. Vegetarian diet and its possible influence on dental health: A systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020;48(1):7-13. doi:10.1111/cdoe.12498

Dieta vegetariana? Ok, ma occhio ai denti

Le diete vegetariane variano su un ampio spettro: da diete in cui il consumo di carne è limitatissimo (semi-vegetariane), assente (vegetariane) a diete in cui viene in totalmente eliminata l'assunzione di prodotti di origine animale (vegane).

Un recente revisione sembra indicare, seppur con una limitata evidenza e una selezione di studi estremamente eterogenea, l'abrasione dentale come un effetto collaterale di questa scelta alimentare.

Si ipotizza che tale usura derivi "dalle caratteristiche del cibo e di frutti con un pH particolarmente acido, e dal consumo di semi".

L'usura dentale che deriva da questa dieta è associata all'alto livello di acidità (erosione), dalla necessità di masticare per un maggior numero di cicli masticatori (abrasione e frizione).

a cura di Filippo Turchet Casanova



fonte: Jordão, H. W. T., Coleman, H. G., Kunzmann, A. T., & McKenna, G. (2020). The association between erosive toothwear and gastro-oesophageal reflux-related symptoms and disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 103284. doi:10.1016/j.jdent.2020.103284

Il reflusso gastroesofageo aumenta la possibilità di erosione dentale

Levidenza scientifica indica sempre più chiaramente la correlazione tra reflusso gastro esofageo ed erosione dentale. Una revisione pubblicata sul *Journal of Dentistry* mostra come la presenza di lesioni erosive aumenti dalle 2 alle 4 volte in soggetti con reflusso rispetto a soggetti senza questa patologia. La ricerca è stata condotta su 785 articoli pubblicati dal 1980 al 2019.

I maggiori responsabili di questo aumento di probabilità sembrano essere: - l'esposizione diretta, costante e pro-

lungata dello smalto all'acido gastrico che risale l'esofago, che dissolve così il tessuto.

- l'acido tende a risalire con maggiore facilità per perdita di tono dello sfintere esofageo inferiore.

- in studi a cieco è stato dimostrato che individui con lesioni da reflusso hanno un minore spessore di smalto.

Inoltre, a detta degli autori non è da sottovalutare la correlazione tra bruxismo e reflusso gastro esofageo.

a cura di Filippo Turchet Casanova



NEWS & LETTERATURA

fonte: *Oral health-related quality of life and unmet dental needs among women living with HIV*

Carrigan L., D. J. Feaster, M. R. Pereyra

L'impatto delle malattie orali sulla qualità di vita

La qualità della vita correlata alla salute orale (OHRQOL) è una nozione relativamente nuova, ma in rapida crescita. OHRQOL è la base per lo sviluppo di qualsiasi programma di prevenzione della salute orale e il suo studio si basa sulla compilazione di questionari multipli la cui elaborazione fornisce materiale per 3 aree odontoiatriche: pratica clinica, ricerca e formazione di odontoiatri, a loro volta in grado di istruire e motivare i pazienti a nuovi stili di vita in relazione alla patologia evidenziata. OHRQOL è misura multidimensionale basata sulla percezione di come la salute orale influisce sulle funzioni sociali, fisiche e sull'im-

magine di sé. Su 1526 donne HIV positive prese in esame in uno studio, solo 579 avevano condizioni di salute orale discrete sia pure con esigenze dentali non soddisfatte. La frequenza di utilizzo di cure odontoiatriche non è associata a livelli più elevati della qualità di vita. Probabilmente in questa patologia entrano altre variabili quali età, fumo, ansia, utilizzo di antidepressivi; comunque è necessario che il dentista metta in atto le sue conoscenze per motivare e spiegare ai pazienti con HIV come poter migliorare e mantenere una buona salute orale.

a cura di Mirella Baldoni



fonte: *Elangovan S. Dental Implant Survival in the Bone Augmented by Direct Sinus Lift Is Comparable to Implants Placed in the Native Bone. J Evid Based Dent Pract. 2020 Mar;20(1):101410. doi: 10.1016/j.jebdp.2020.101410. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32381412.*

Impianti inseriti in osso nativo e impianti e rialzo di seno mascellare: sono confrontabili?



Una recente revisione esamina e confronta la sopravvivenza e perdita ossea di impianti inseriti nel seno mascellare con annessa una procedura rigenerativa e impianti inseriti invece nell'osso nativo. Su un follow-up che varia da 6 mesi e 120 mesi (10 anni) si è visto che gli impianti posizionati nella zona mascellare posteriore e caricati dopo 6 mesi hanno una sopravvivenza, perdita ossea e qualità dei tessuti perimplantari simili a quelli posizionati in osso nativo. Gli autori concludono che pur essendoci una sopravvivenza simile gli impianti inseriti nel seno sono (naturalmente) associati a complicanze peculiari derivate della tecnica chirurgica (sia essa la tecnica transcrestale o della finestra laterale). Lo studio è particolarmente importante perché va a corroborare l'evidenza che il rialzo di seno mascellare sia una procedura che porta a un outcome predicibile nel tempo.

a cura di Filippo Turchet Casanova

NEWS & LETTERATURA

Covid 19: la terapia deve essere immediata

Lo studio dell'Istituto Mario Negri di Milano e dell'Ospedale Giovanni XXIII di Bergamo a cura di Giulio Cesare Leghissa

ODONTOIATRA



tosse



difficoltà
respiratorie



febbre



brividi



perdita di
gusto/olfatto



dolori
muscolari



mal di gola



nausea,
vomito o
diarrea

Un gruppo di ricercatori e di clinici dell'Istituto Mario Negri di Milano e dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, Norberto Perico, Monica Cortinovis e il prof. Fredy Suter, hanno lavorato a uno studio in pubblicazione sulla rivista *Clinic and Medical Investigation*, presentato da *La Repubblica* in data 21/12/2020. Lo studio presenta le esperienze nel trattamento dei pazienti affetti da Covid-19.

CON QUALI SINTOMI SI PRESENTA L'INFEZIONE DA CORONAVIRUS?

Tosse, mal di gola, febbre, stanchezza, mialgia, nausea, vomito, diarrea. A questo punto si procede con il tampone. Gli autori di questo articolo precisano: "Non aspettate l'esito del tampone poiché è di grande impor-

tanza iniziare a combattere la malattia prima che si manifestino i sintomi dell'aggressione polmonare".

CHE COSA FARE SUBITO? GLI ANTINFIAMMATORI

Il farmaco di elezione è il Celecoxib. Il medico può prescriverne, ovviamente se per quel paziente non ci sono controindicazioni, una dose iniziale di 400 milligrammi seguita da una di 200 nel primo giorno di terapia, e poi un massimo di 400 milligrammi per giorno nei giorni successivi, se necessario. Questo farmaco inibisce l'attività di un enzima infiammatorio, la ciclo-ossigenasi 2, e di tutte le prostaglandine (altre sostanze coinvolte nell'infiammazione) che sono formate dalla ciclo-ossigenasi 2. Sono

sostanze che, nel Covid, giocano un ruolo chiave nella morte delle cellule, nella tempesta citochinica e nella fibrosi interstiziale polmonare.

In alternativa può essere utilizzato un altro farmaco COX-2: la Nimesulide (Aulin) 100 mg ogni 12 ore a stomaco pieno per i primi 10/12 giorni. In mancanza di altro usare acido acetilsalicilico (aspirina) 500 mg ogni 12 ore a stomaco pieno.

Inutile somministrare paracetamolo (tachipirina), che è semplicemente un antipiretico e non ha l'attività antinfiammatoria che è invece fondamentale.

Si tratta dunque di un suggerimento per un intervento immediato nella prima fase della malattia. È chiaro che in caso di aggravamento sarà necessario ricorrere alle cure ospedaliere.

GLI STUDI SUI SINGOLI IMPIANTI IMMEDIATI

a cura di **Mirella Baldoni**

ODONTOIATRA



Gli impianti posizionati immediatamente in un sito estrattivo presentano processi di osteointegrazione simili a quelli conosciuti per siti maturi sia per qualità che quantità di osso neoformato, ma in realtà gli studi a lungo termine in letteratura sono scarsi. Dagli anni '80 Atzi e Coll, in uno studio a 5 anni, hanno evidenziato una percentuale di successo del 92% in mandibola e 82% in mascella, mettendo in luce come il fattore fondamentale fosse la densità ossea. I uno studio a 12 mesi Caliaro e Vanden Bogaerde hanno ottenuto il 100% tra mascella e mandibola, fino a ultimo trial clinico di Marco Esposito che ha reclutato il più alto numero di pazienti nella letteratura scientifica internazionale.

Questi studi hanno dimostrato come la tecnica chirurgica di posizionamento di impianti contestualmente all'estrazione mostra una elevata percentuale di successi considerandola una procedura clinica sicura e con risultati predicibili. Parole d'ordine: stabilità primaria, integrità della parete ossea vestibolare che può mantenere sta-

bile il coagulo ematico, chiusura del lembo per prima intenzione. L'impianto post estrattivo contribuisce a ridurre la contrazione dei tessuti, il collasso dei tessuti molli perimplantari e non da ultimo consideriamo che una seduta di chirurgia in meno risulta molto gradita ai nostri pazienti.

Ma le sfide non finiscono, e oltre al posizionamento immediato dell'impianto valutiamo anche una protezione immediata, argomento dello studio prospettico a 10 anni, e i relativi fattori di rischio: 22 pazienti con biotipo gengivale spesso e parete vestibolare intatta trattati con unico impianto immediato in zona estetica 15-25, chirurgia flapless e inserimento di osso bovino deproteinato nella zona gap. I risultati clinici, estetici e radiografici a 10 anni sono stati confrontati con quelli a 5 anni e le CBCT a 10 anni. I parametri di confronto sono perdita di osso marginale, punteggio di placca, profondità di sondaggio, sanguinamento al sondaggio, PES, recessione papilla mesiale e distale,

recessione vestibolare.

Per avere successo nel tempo con questa tecnica chirurgica, dal punto di vista biologico ed estetico, è necessaria la preservazione dei tessuti duri e molli determinata dalla quantità di osso vestibolare che deve essere almeno di 2mm, per assicurare adeguato supporto dei tessuti molli ed evitare il riassorbimento della corticale vestibolare. Lo spessore della cresta ossea vestibolare influenza l'entità del riassorbimento verticale, l'integrità della corticale vestibolare influenza anche l'insorgenza di recessioni gengivali. Valutazione attenta dei parametri prima di posizionare impianti post estrattivi in zone frontali ad alta valenza estetica.

FONTI

A 10- YEAR PROSPECTIVE STUDY ON SINGLE IMMEDIATE IMPLANTAS
J CLIN PERIODONTOLOGY 2020;47
LORENZ SEYSSSENS, ARYAN EGHBALI,
JAN COSYN



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



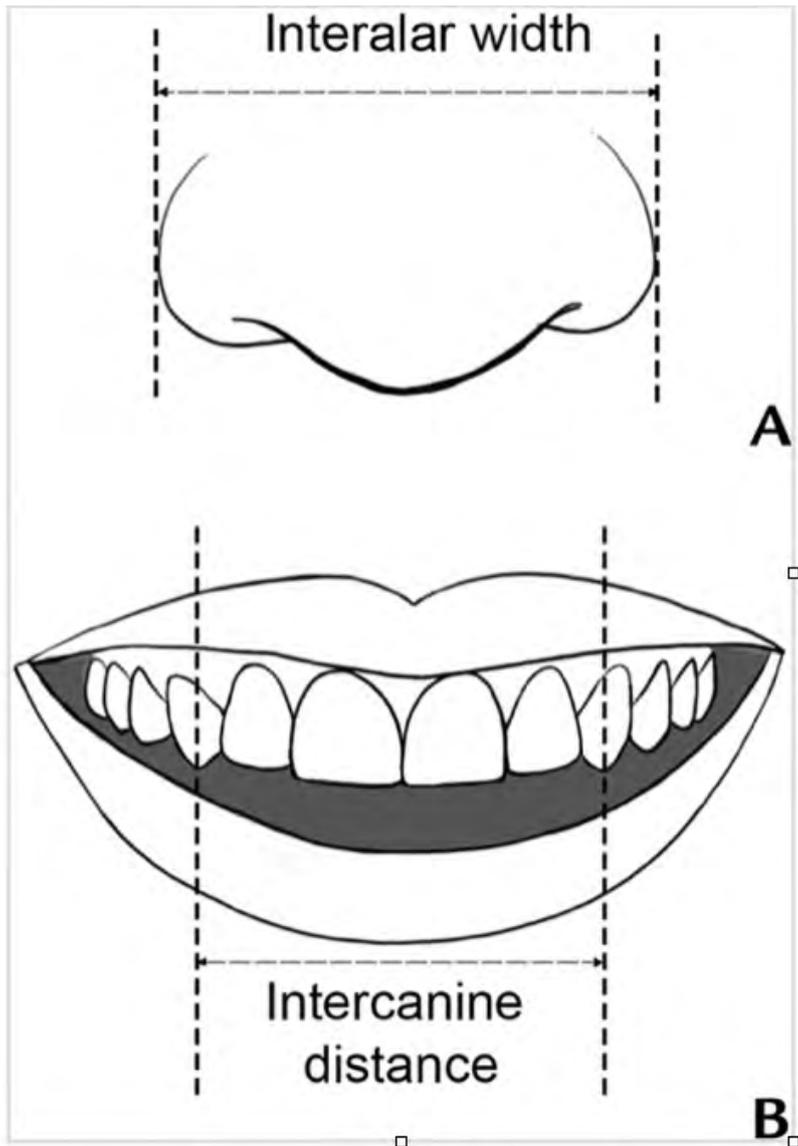
segreteria@siaso.it

Seguici su



RIABILITARE IL MASCELLARE SUPERIORE COMPLETAMENTE EDENTULO: DOVE BISOGNA METTERE IL CANINO?

di **Mirella Baldoni**
ODONTOIATRA



Nel caso in cui si debba costruire una protesi totale superiore, uno dei punti critici per rendere la protesi più naturale, armoniosa e funzionale possibile è il posizionamento del canino. Tuttavia i manuali di protesi, che indicano i criteri per il posizionamento di questo dente rispetto a dei punti di repere sul viso del paziente, considerano pazienti di etnia caucasica. Se dovessimo riabilitare un paziente di un'altra etnia, tali criteri si applicherebbero allo stesso modo? A questo proposito è recentemente

uscito un articolo che indica come alcuni punti di repere sul viso possono indicarci dove posizionare le cuspidi di questi denti per un ottimale risultato estetico. Lo studio è stato eseguito in Thailandia su 200 partecipanti (100 uomini e 100 donne) di età compresa tra i 18 e i 25 anni e tutti di etnia Thai. Una tecnica tradizionale di posizionamento del canino che gli autori citano è quella della "linea alare" (rinominata linea A), ovvero una linea immaginaria che collega il pavimento della sala

operativa perpendicolarmente all'ala del naso e poi proiettata verso il futuro piano oclusale.

Un secondo metodo tradizionale è quello di tracciare una linea diagonale immaginaria che inizia dall'estremità distale dell'occhio (il cantus) e passa attraverso la parte più larga dell'ala del naso al piano oclusale superiore, chiamata la linea del cantus interno.

Il metodo utilizzato dagli autori di questo articolo, di origine tradizionale, prevede che vengano disegnate due linee utilizzando un calibro digitale con la risoluzione di 0,01 mm (lo strumento digitale può compensare la curvatura del volto) tangenti alle ali del naso (linea Inter Alare, o IA). Viene poi confrontata tale misurazione tra soggetti edentuli e soggetti non edentuli, per valutare se sia effettivamente precisa e affidabile.

Tuttavia, gli autori hanno scoperto che statisticamente la distanza tra le due ali del naso è significativamente più grande della distanza Inter canina di numerosi soggetti di ambedue i sessi di etnia Thai.

Dunque, gli autori concludono:

- nell'etnia Thai, in ambedue i sessi, la distanza Inter alare (IA) è maggiore della distanza Inter canina, non è dunque una misurazione affidabile
- tale tecnica, spiegata nei manuali di protesi totale, non è affidabile per determinare correttamente la posizione dei canini in soggetti di questa etnia
- negli uomini si può determinare la posizione del punto di contatto distale dei canini basandosi sulla linea alare
- nelle donne, occorre invece spostarsi di 2 mm distalmente per determinare il punto di contatto distale corretto dei canini di destra e sinistra

FONTI

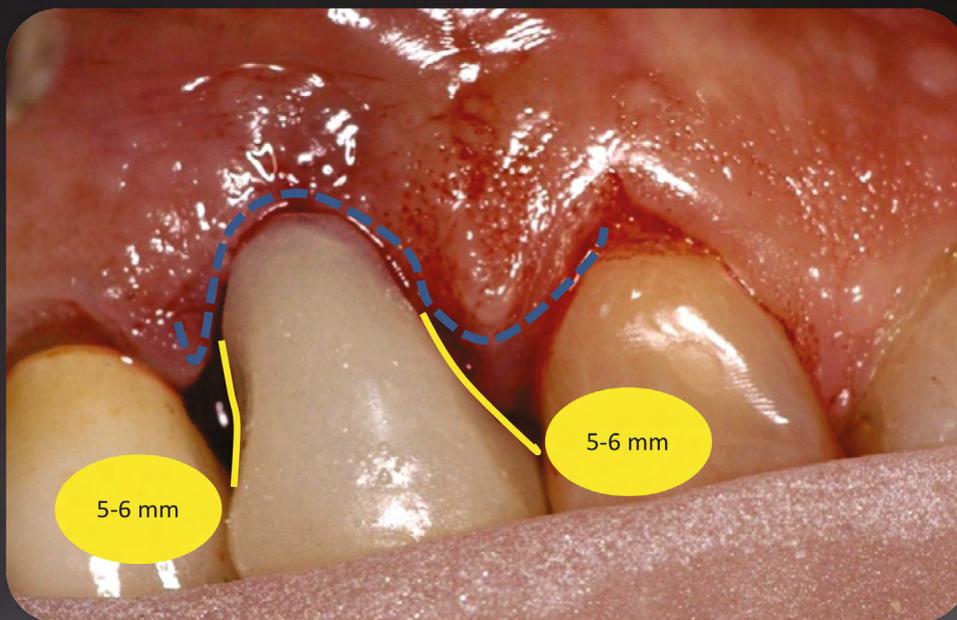
Natchalee Srimaneekarn, Tawepong Arayapisit, Ornnicha Pookuantong, Holland R. Cheng, Pan Soonsawad, *Determining of canine position by multiple facial landmarks to achieve natural esthetics in complete denture treatment, The Journal of Prosthetic Dentistry, 2021*

CARICO IMMEDIATO: TRA STORIA ED EVIDENZE SCIENTIFICHE

È possibile caricare gli impianti subito dopo il loro posizionamento chirurgico?

a cura di **Giulio Cesare Leghissa**
e **Filippo Turchet Casanova**

ODONTOIATRI



Bruno V, O'Sullivan D, Badino M, Catapano S. Preserving soft tissue after placing implants in fresh extraction sockets in the maxillary esthetic zone and a prosthetic template for interim crown fabrication: a prospective study. *J Prosthet Dent.* 2014 Mar;111(3):195-202

Oggi sappiamo che in determinate condizioni è possibile caricare gli impianti subito dopo il loro posizionamento chirurgico. Ma a essere interessante e formativo è come ci si sia arrivati nel corso di oltre 50 anni.

Eh, sì, proprio 50 anni, perché nonostante le prime pubblicazioni di rilievo in letteratura internazionale sul carico immediato emergano nel corso degli anni '90, già nel 1962 è pubblicato un lavoro pionieristico di Ugo Pasqualini, *Ricerche Anatomicopatologiche e Deduzioni clinico-chirurgiche di 91 impianti alloplastici in 28 animali da esperimento*. [1]

Scopo del medico trentino era valutare le risposte tissutali all'inserimento di particolari impianti in Vitallium (una lega composta al 65% di cobalto, al 30% di cromo, e al 5% di molibdeno) sui cani. In un passaggio del suo lavoro, dopo aver già valutato la buo-

na guarigione e integrazioni degli impianti posizionati e lasciati guarire sommersi, Pasqualini posiziona alcuni impianti nell'osso lasciando però dei corti perni fuoriuscire dai tessuti. Questi perni erano estremamente corti e non potevano in alcun modo occludere, ma interrompevano comunque la soluzione di continuo tra l'osso e l'esterno. A quel tempo la teoria che l'evidenza scientifica suggeriva era quella dell'"Integrità degli epiteli", nella quale si sosteneva che l'epitelio dovesse essere totalmente integro per essere in condizioni di salute. Era dunque impensabile che la presenza di un perno che di fatto interrompeva l'epitelio potesse essere associata a una condizione di salute. Tuttavia, Pasqualini dopo 6 mesi si ritrova a constatare visivamente delle differenze tra teoria e realtà: non solo osserva che in presenza dei per-

ni non c'è infiammazione, ma anche che i tessuti epiteliali hanno aderito ai perni, il che dimostra tolleranza dei tessuti di rivestimento alla presenza del corpo estraneo. Lui stesso commenta:

«Si evidenzia una straordinaria tolleranza dei tessuti al perno uscente... La zona del colletto, quando l'impianto è ben eseguito, non presenta soluzione di continuo per l'invasione patogena dei germi...la mucosa è ben aderente ai piani sottostanti e non presenta segni di infiammazione».

E per quanto riguarda l'osteointegrazione?

A 6 mesi Pasqualini analizzò istologicamente il tessuto attorno agli impianti, constatando che attorno a essi c'era un chiaro fronte di apposizione ossea. Di fatto questo "dimo-

strava definitivamente che nelle ossa mascellari potevano osteointegrarsi anche strutture metalliche affioranti all'esterno e incluse senza compressione" (tratto da *I Quattro Quesiti Dell'impianto-Protesi*).

Nonostante queste ben documentate scoperte, *Ricerche Anatomicopatologiche e Deduzioni clinico-chirurgiche di 91 impianti alloplastici in 28 animali da esperimento* vinse il Primo Premio Internazionale Italo-Svizzero per il migliore lavoro scientifico a Campione d'Italia nel 1962. E per quanto riguarda la letteratura internazionale sull'emergente implantologia, il lavoro di Pasqualini rimase escluso.

Negli anni '80, in seguito alle pubblicazioni di Per-Ingvar Brånemark, il carico immediato sembrava una realtà distante e inattuabile; in quegli anni era considerato corretto esclusivamente il carico ritardato. Si trattava del cosiddetto Dogma di Brånemark: "Il carico non dovrebbe essere applicato prima di 3-6 mesi dal posizionamento chirurgico dell'impianto". [2] Dunque, il fronte della ricerca su questo tema subì una battuta d'arresto. Sul finire degli anni '90 si cominciò a parlare di condizioni di osteointegrazione nel caso l'impianto fosse stato

immediatamente caricato.

Due successivi studi di Brunski nel 1992 [3] e nel 1993 [4] analizzano il micromovimento dell'impianto dopo l'inserimento chirurgico. Si conclude che «il micromovimento dell'impianto superiore a 100 μm è deleterio e può portare alla fibroincapsulazione». Invece, Secondo Szmukler-Moncler e Piattelli [5], gli impianti dovrebbero sostenere un carico con un «micromovimento inferiore a 150 μm per evitare la fibroincapsulazione».

Negli anni a seguire l'evidenza scientifica cresce di pari passo con numerose pubblicazioni: nel 1997 Tarnow [6] pubblica un piccolo case report con 10 pazienti, dimostrando, pur con il limite di considerare un piccolissimo campione, il successo a 5 anni di impianti caricati immediatamente; in seguito, numerose pubblicazioni e soprattutto revisioni confermeranno l'affidabilità della metodica del carico immediato.

A questo proposito, si cita un cruciale lavoro di Marco Esposito e colleghi [7] con una revisione nella quale si considerano un totale di 1217 partecipanti e 2120 impianti, le cui conclusioni sono: "non c'è una convincente evidenza che ci sia una differenza

nel fallimento protesico, implantare o nella perdita di osso con differenti tempi di carico dell'impianto".

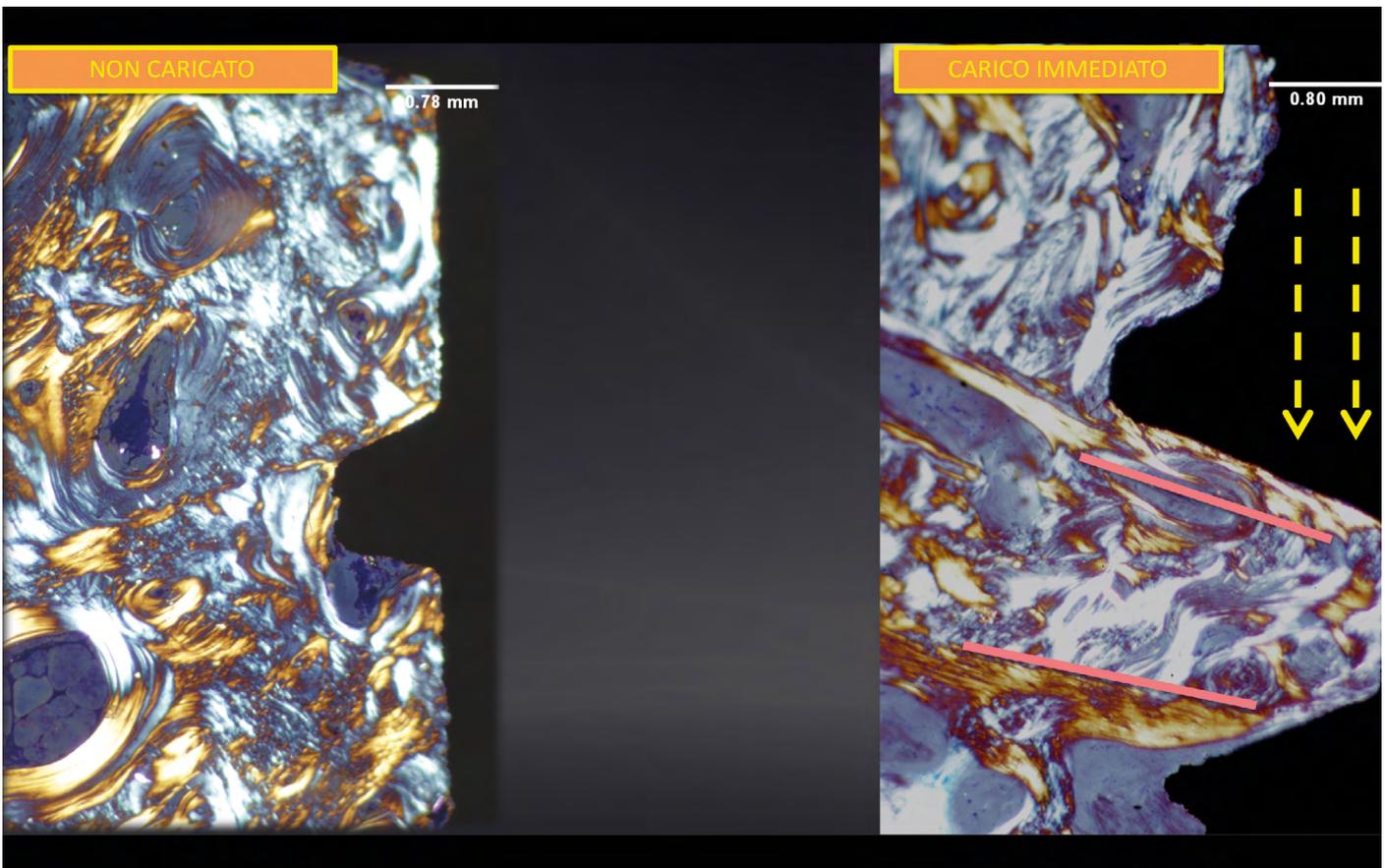
Altro aspetto notevole di questo lavoro è che emerge una definizione di "quando" si tratta di carico immediato, in termini di tempo: entro 1 settimana dal posizionamento dell'impianto.

Lo stesso articolo definisce anche i casi in cui si tratta di carico "precoce", ovvero da 1 settimana a due mesi, e carico "ritardato", ovvero oltre 2 mesi dall'inserimento dell'impianto.

Infine, tra le revisioni spunta anche un lavoro pubblicato nel 2019, una corposa revisione che considera un totale di 5349 impianti caricati immediatamente in 1738 pazienti. La revisione considera complessivamente un follow up medio 6 anni (da un minimo di 5 anni a un massimo di 12 anni e mezzo), ed emerge una media di sopravvivenza degli impianti caricati immediatamente del 97,4% [8]. Dunque, la letteratura documenta che è possibile caricare immediatamente gli impianti e farlo in modo predicibile nel corso degli anni.

Altro punto interessante è la reazione dell'osso al carico immediato. Uno

Sotto: Studio rimodellamento osseo. Si ringrazia per la gentile concessione dell'immagine il professor Piattelli dell'Università di Chieti



studio di Piattelli e colleghi del 2006 su modello animale (maialini) dimostra come l'osso attorno a un impianto caricato immediatamente reagisca disponendo le fibre collagene trasversalmente al carico; le stesse fibre risultano non orientate e disordinate nell'osso non sottoposto a carico immediato. Quindi, l'osso sottoposto a carico risponde.

La letteratura distingue due tipi di carico immediato

Soprattutto in caso di impianti singoli, per ridurre la possibilità di un fallimento gli impianti vengono protesizzati immediatamente, ma non messi in occlusione: in letteratura si parla di Non-functional immediate restoration (provvisorio immediato e non funzionalizzato), ovvero un impianto caricato con una protesi entro una settimana dall'inserimento dell'impianto, senza carico occlusale diretto, nè tantomeno movimenti di guida.

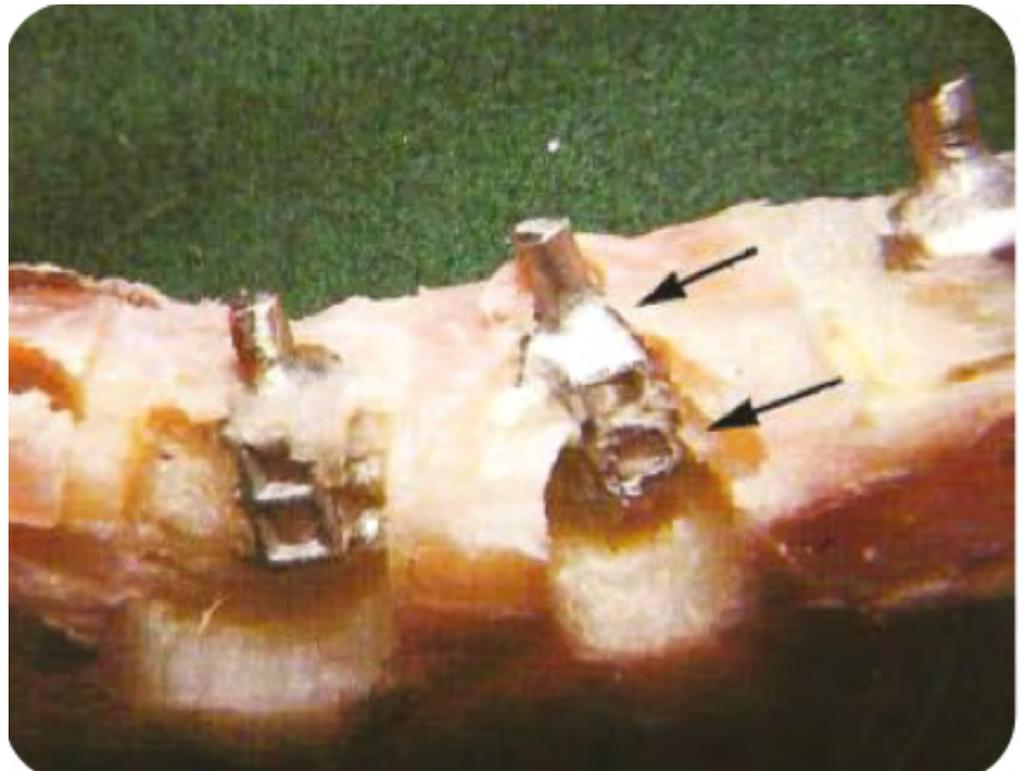
Si parla invece, nel caso di più impianti caricati contemporaneamente (riabilitazioni di emiarcate o intere arcate) di Immediate occlusal loading: carico immediato e funzionale a una settimana dall'inserimento dell'impianto.

Al di là di come si decide di caricare immediatamente, la letteratura indica che è possibile associare il carico immediato funzionale o un provvisorio immediato non funzionale a un inserimento implantare immediato [9]. Si tratta di un'altra revisione enorme: sono state considerate un totale di 69 pubblicazioni. Tuttavia, data l'estrema eterogeneità degli studi considerati, non è stato possibile realizzare la metanalisi e giungere a conclusioni sui protocolli di carico immediato.

Ma quali sono le condizioni che la letteratura considera rilevanti per poter effettuare il carico immediato?

Determinante dal punto di vista chirurgico è la stabilità primaria: deve essere presente un determinato volume di osso di buona qualità [10] e il torque di inserimento deve essere di almeno 35 N cm [11] [12].

Come già citato, devono essere assenti micromovimenti durante la fase di guarigione (al di sotto del valore soglia di 150 micron) e occorre utilizzare una superficie che consenta un contatto dente impianto in tempi quanto più veloci. Per ottenere questo scopo, gli impianti più indicati



sembrano essere quelli a superficie ruvida [13].

Dal punto di vista protesico, è importante che il provvisorio non sia in occlusione.

Qualora non fosse possibile, per esempio quando occorre riabilitare un'emiarcata, i contatti si devono limitare alla sola occlusione centrica. Non deve essere presente nessun contatto in lateralità, nessun cantilever e nessun carico fuori asse. La protesi deve avere un buon fitting e deve calzare passivamente sul perno.

I tessuti molli devono poter guarire senza pressioni [14]: occorre considerare dapprima il volume dell'edema post-operatorio e in seguito la guarigione e la maturazione dei tessuti, che il provvisorio può guidare nel periodo successivo alla chirurgia. A questo proposito sappiamo dalla letteratura che la risposta dei tessuti molli è stata evidenziata in numerosi studi. La papilla tende a mantenersi e a svilupparsi meglio in presenza a restauri immediati rispetto a restauri ritardati [15] [16].

Un ottimale posizionamento dei punti di contatto in un provvisorio è importante per non disturbare la guarigione dei tessuti molli e consentire la formazione della papilla: 5-6 mm dalla cresta ossea sembra essere una distanza ottimale [17].

Infine, occorre lucidare la superficie del provvisorio a specchio in modo che sia ostacolata per i batteri la possibilità di attecchire su di essa, nonostante la letteratura scientifica non sia interamente concorde su questo punto.

Esistono due diversi modi di gestire la fase del provvisorio, l'approccio diretto e l'approccio indiretto. Al di là delle considerazioni sull'aspetto pratico, sappiamo che un flusso di lavoro indiretto garantisce un maggior rispetto dei tessuti attorno al provvisorio, per via della lavorazione che prevede una minor presenza di monomero libero, che risulta in una minor tossicità verso i fibroblasti gengivali HGF-1 e un maggior attacco di cellule [18]. Naturalmente una metódica indiretta permette anche meno errori di preparazione del manufatto [18] e un colore più stabile nel tempo [19]. È quindi un flusso di lavoro che è auspicabile scegliere sia per provvisori che richiedano armatura, sia per i provvisori che si prevede rimangano a lungo in bocca e se la riabilitazione è particolarmente estesa.

Altra scelta che ci si trova a fare è se il provvisorio sarà avvitato o cementato. Scegliere un provvisorio avvitato qualora si preveda o sia necessario condizionare nel tempo i tessuti con apporti progressivi di resina, con la considerazione che un provvisorio

avvitato richiede un foro di ingresso per l'ingaggio e peggiora inevitabilmente l'estetica. D'altra parte, un provvisorio cementato richiede una certa accortezza in fase di cementazione, per evitare che residui di cemento finiscano in una zona delicata del cono mucoso. Per evitare problematiche in questo senso può essere utile servirsi della tecnica del teflon, spiegata in un dettagliato articolo di Hess [20].

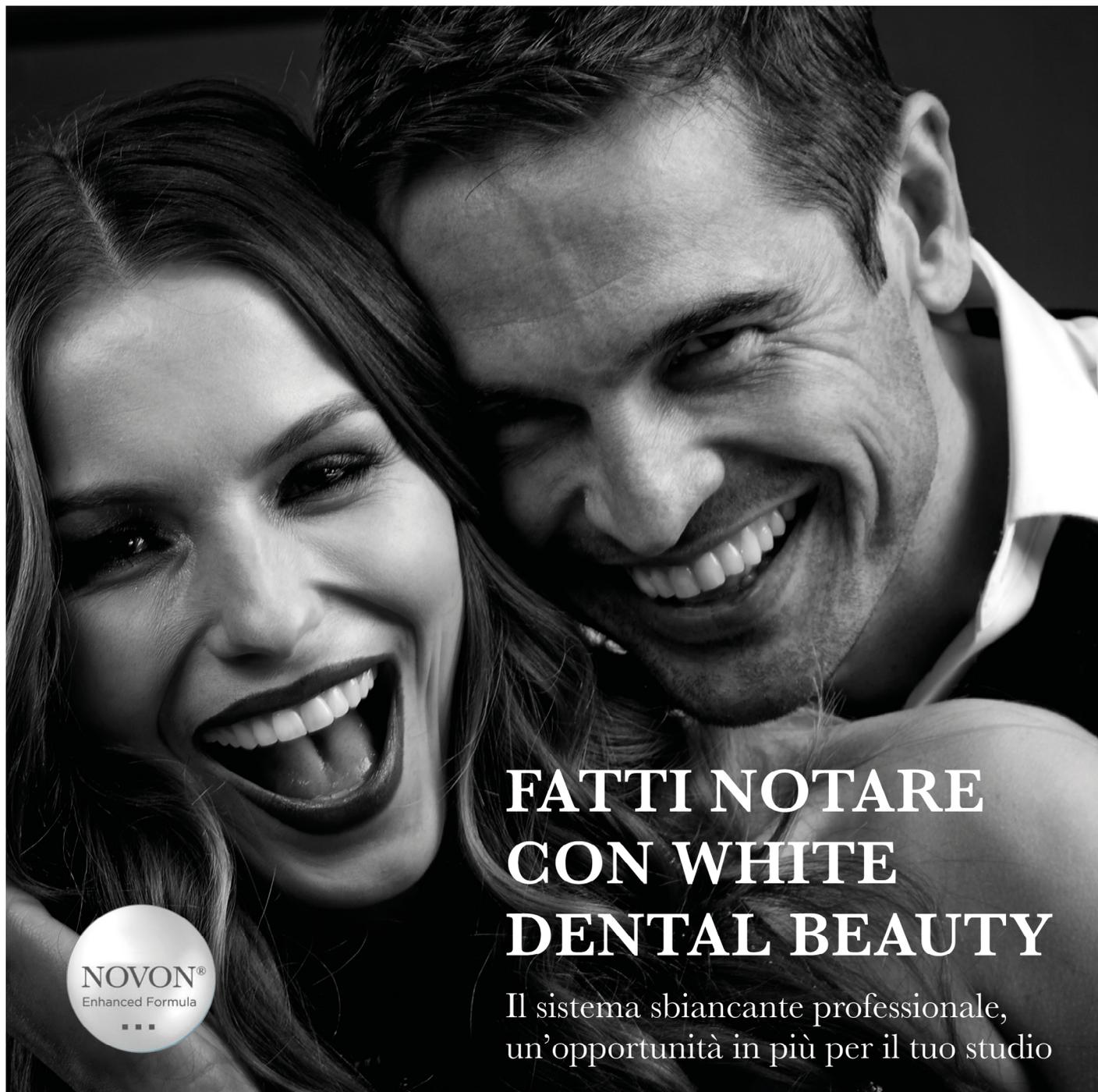
Come ultima considerazione, un provvisorio richiede diverse accortezze, specialmente se si trova in zona estetica. Il provvisorio, pur essendo scaricato dall'occlusione e se necessario splintato, può essere occasionalmente soggetto a insulti meccanici: dunque occorre comunicare correttamente al paziente ed educarlo, perché nei mesi successivi alla chirurgia l'educazione del paziente è importante per prevenire il sovraccarico prima dello step dell'osteointegrazione. [21] [22] [23] [24]

OPERE CITATE

- [1] Ricerche Anatomico-patologiche e Deduzioni clinico-chirurgiche di 91 impianti alloplastici in 28 animali da esperimento – U. Pasqualini.
- [2] Branemark PI: Osseointegration and its experimental background. *J Prosthet Dent* 1983;50:399-410.
- [3] *Clin Mater.* 1992;10(3):153-201. Biomechanical factors affecting the bone-dental implant interface. Brunski JB.
- [4] *Dent Implantol Update.* 1993 Oct;4(10):77-81. Avoid pitfalls of overloading and micromotion of intraosseous implants. Brunski JB. *33 Clin Oral Implants Res.* 2000 Feb;11(1):12-25..
- [5] Considerations preliminary to the application of early and immediate loading protocols in dental implantology. Szmukler-Moncler, Piattelli A, Favero GA, Dubruille JH 2000.
- [6] Tarnow DP, Emtiaz S, Classi A. Immediate loading of threaded implants at stage 1 surgery in edentulous arches: ten consecutive case reports with 1- to 5-year data. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1997 May-Jun;12(3):319-24..
- [7] Esposito M, Grusovin MG, Maghahah H, Worthington HV. Interventions for replacing missing teeth: different times for loading dental implants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;2013(3):CD003878..
- [8] Del Fabbro M, Testori T, Kekovic V, Goker F, Tumedei M, Wang HL. A Systematic Review of Survival Rates of Osseointegrated Implants in Fully and Partially Edentulous Patients Following Immediate Loading. *J Clin Med.* 2019 Dec 4;8(12):2142..
- [9] Gallucci GO, Hamilton A, Zhou W, Buser D, Chen S. Implant placement and loading protocols in partially edentulous patients: A systematic review. *Clin Oral Impl Res.* 2018;29(Suppl. 16):106–134.
- [10] Lekholm, U. & Zarb, G.A. Patient selection and preparation. In: Brånemark PI, Zarb GA, Albrektsson T, editors. *Tissue-integrated prostheses: osseointegration in clinical dentistry.* 1st ed. Chicago: Quintessence International (1985) p. 199-209.
- [11] Ottoni JM, Oliveira ZF, Mansini R, Cabral AM. Correlation between placement torque and survival of single-tooth implants *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2005 Sep-Oct;20(5):769-76..
- [12] Del Giudice R, Piattelli A, Grande NM, Cataneo E, Crispino A, Petrini M. Implant insertion torque value in immediate loading: A retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2019 May 1;24(3):e398-e403..
- [13] Albrektsson T, Wennerberg A. Oral implant surfaces: Part 1—review focusing on topographic and chemical properties of different surfaces and in vivo responses to them. *Int J Prosthodont.* 2004 Sep-Oct;17(5):536-43. PMID: 15543910..
- [14] Priest G: Esthetic potential of single-implant provisional restorations: selection criteria of available alternatives. *J Esthet Restor Dent* 2006;18:326-338.
- [15] Evans, CD, Chen ST. Esthetic outcomes of immediate implant placement. *Clin Oral Implants Res* 2008;19:73–80..
- [16] Block MS, Mercante DE, Lirette D, et al. Prospective evaluation of immediate and delayed provisional single tooth restorations. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67:89–107..
- [17] Bruno V, O'Sullivan D, Badino M, Catapano S. Preserving soft tissue after placing implants in fresh extraction sockets in the maxillary esthetic zone and a prosthetic template for interim crown fabrication: a prospective study. *J Prosthet Dent.* 2014 Mar;1.
- [18] Shim JSI - *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2019 Mar/Apr;34(2):390-396.
- [19] Almohareb T - *Eur J Dent.* 2018 Apr-Jun;12(2):269-274.
- [20] Hess TA. Et al. - *J Prosthet Dent.* 2014 Aug;112(2):365-8.
- [21] Wang HL, Ormianer Z, Palti A, et al. Consensus conference on immediate loading: the single tooth and partial edentulous areas. *Implant Dent* 2006;15(4):324–333..
- [22] Den Hartog L, Slater JJ, Vissink A, et al. Treatment outcome of immediate, early and conventional single-tooth implants in the aesthetic zone: a systematic review of survival, bone level, soft-tissue, aesthetics and patient satisfaction. *Clin Periodontol.*
- [23] Cooper LF, Raes F, Reside GJ, et al. Comparison of radiographic and clinical outcomes following immediate provisionalization of single-tooth dental implants placed in healed alveolar ridges and extraction sockets. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2010;25:12.
- [24] Atieh AMA, Atieh AH, Payne AG, Duncan WJ. Immediate loading with single implant crowns: a systematic review and meta-analysis. *Int J Prosthodont* 2009;22(4):378–387

Il professor
Ugo Pasqualini





FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

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



Il segreto



di uno splendido sorriso



16 APRILE - LA PERIMPLANTITE: DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO

Lo 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

ore 14.00 - 14.30

Salute perimplantare, mucosite e perimplantite: diagnosi e classificazione
V. Rossi – G.C. Leghissa

ore 14.30 - 15.00

Gestione non chirurgica delle mucositi
M. Lattari

ore 15.00 - 15.45

Trattamento chirurgico delle perimplantiti e follow-up a lungo termine
G. C. Leghissa

ore 15.45 - 16.15

La gestione e la conoscenza dei materiali – la gestione dei tessuti in assistenza
F. Magenga

ore 16.15 - 16.45

Break

ore 16.45 - 17.30

Gestione dei tessuti molli perimplantari
V. Rossi

ore 17.30 - 18.30

Protesi e perimplantite
L. Praticò – F. Casanova

Conclusioni finali e discussione

Durata: 4 ore

Modalità: online su zoom, Piattaforma OTJ – ECM Cenacolo Nazionale

Crediti ECM: odontoiatri e igienisti (in fase di accreditamento), ore di aggiornamento per ASO 4 ore

Costo:

80,00 euro per Odontoiatri

50,00 euro per igienisti dentali

60,00 euro per odontoiatri under 35

40,00 euro per ASO iscritti al SIASO

10 euro studenti odontoiatria e igiene

LA PERIMPLANTITE: DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO

CORSO ECM - FAD | 16 APRILE 2021



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

4-5 GIUGNO: A PALERMO IL XXV CONGRESSO NAZIONALE COI-AIOG

Il XXV Congresso, il cui titolo è "Odontoiatria: quale presente, quale futuro", indica chiaramente quale sarà il tema centrale: l'osservazione del particolare presente che stiamo vivendo per affrontare meglio ciò che accadrà nei tempi a venire.

Ancora più calzante questa analisi visto l'anno particolare che la professione odontoiatrica, oltre a tutto il mondo, sta vivendo.

Il futuro deve necessariamente essere orientato sempre più verso il concetto di Team Odontoiatrico e verso una cultura medica generale oltre che specifica.

Un messaggio che il Cenacolo porta avanti fin dall'inizio della sua storia.

COVID 19: FINALMENTE UN VACCINO

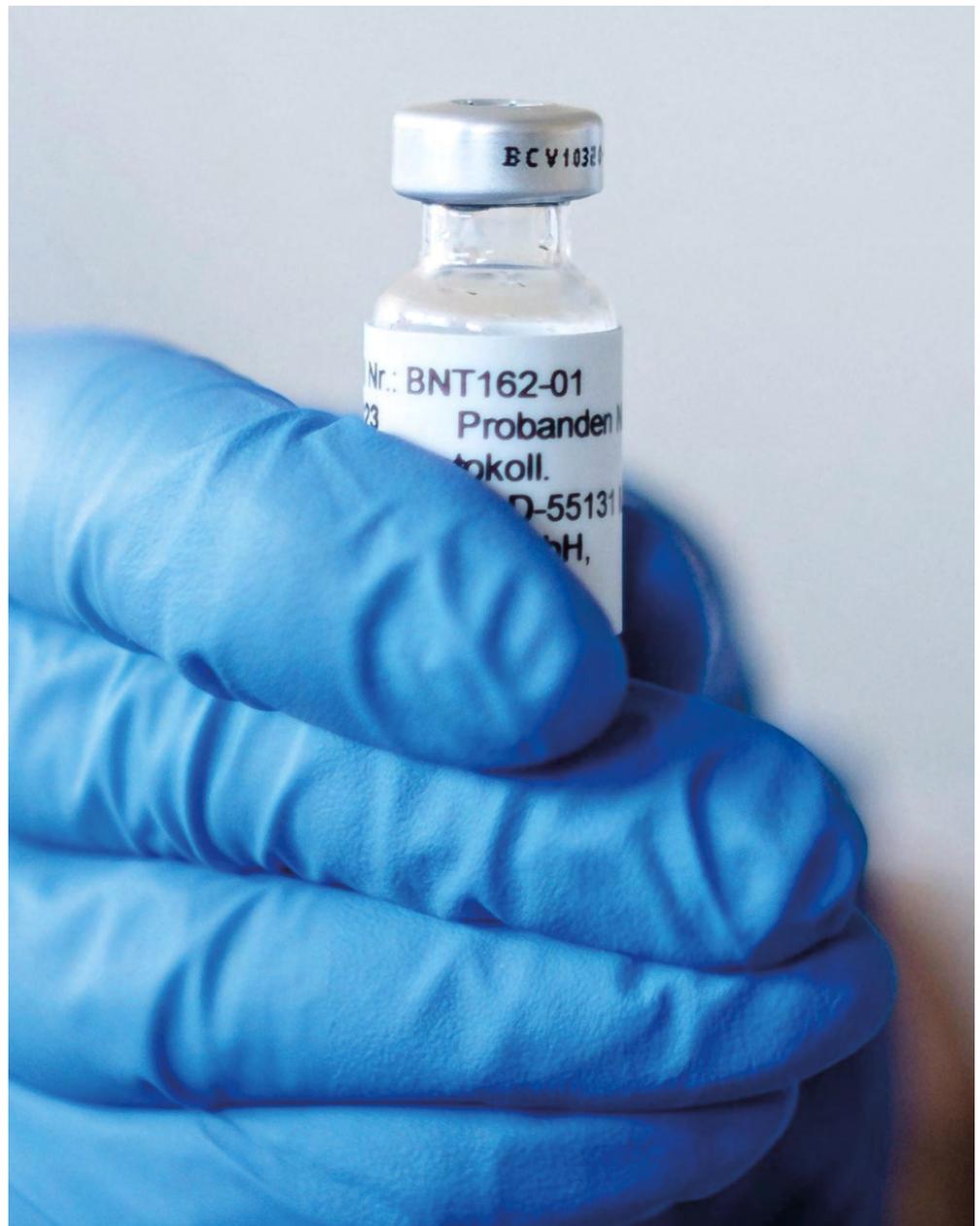
a cura di **Fulvia Magenga**
SEGRETARIO NAZIONALE CONFESAL-SIASO
e **Silvia Alessandra Terzo**
VICE SEGRETARIO GENERALE SIASO CONFESAL

Idati aggiornati al 19/01/2021, pubblicati sul sito del ministero della Salute, riportano 94.124.612 infettati da Sars Cov 2 confermati nel mondo dall'inizio della pandemia e 2.034.527 morti. Solo in Italia i morti sono stati 78.597.

Il nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 è un virus respiratorio appartenente alla grande famiglia dei coronavirus (CoV); questi possono rendersi responsabili di diverse patologie di entità variabile: dal comune raffreddore a sindromi respiratorie più serie come la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, Middle East respiratory syndrome) e la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, Severe acute respiratory syndrome). Queste sindromi possono peggiorare fino a portare il soggetto ospite alla morte.

Giuseppe Novelli, professore di Genetica Umana all'Università di Roma Tor Vergata spiega cos'è il vaccino: Un vaccino a mRNA come quello sviluppato da Pfizer e BioNTech, o come quello di un'altra casa farmaceutica, la Moderna, contiene la "ricetta" per creare le proteine principali che aiutano il coronavirus SARS-CoV-2 a infettare l'organismo, come la proteina spike, che rappresenta la chiave di ingresso nelle cellule. I ricercatori hanno quindi prodotto in laboratorio piccoli segmenti di RNA che, catturati dalle nostre cellule, dirigono la formazione della proteina spike - e non di tutto il resto di cui il virus ha bisogno per infettare altre cellule. Ma la proteina spike prodotta in questo modo è sufficiente a stimolare la produzione di anticorpi.

Il prof. Massimo Galli, direttore/responsabile delle malattie infettive dell'Ospedale Luigi Sacco di Milano, dichiara: "Chi non si vaccina cambia mestiere". "Siamo tutti molto drastici su questo: c'è la responsabilità del medico di non portare l'infezione in corsia, e quindi lavorare in sicurezza anche nei confronti dei propri colleghi - ha aggiunto l'infettivologo -, poi c'è una questione morale, i medici devo convincere e se sei esitante sul



vaccino non dai un buon esempio ai pazienti".

Fatta questa premessa, è da capire perché alcuni siano contrari a sottoporsi al vaccino.

Teniamo conto che anche se non esiste una norma che imponga l'obbligo per i cittadini di sottoporsi a questo vaccino, alcuni datori di lavoro hanno prospettato sanzioni disciplinari e non da ultimo il licenziamento a fronte del

rifiuto da parte del dipendente. Va detto che in Europa alcuni operatori in ambito sanitario sono stati licenziati o sospesi dal lavoro per essersi rifiutati di vaccinarsi. Il 18 gennaio in Germania ben 7 Infermieri sono stati licenziati in tronco per essersi rifiutati di vaccinarsi contro il Covid-19. Ora stanno facendo ricorso e difficilmente saranno reintegrati.

E in Italia?

Secondo l'avvocato di riferimento di alcune Rsa piemontesi, Maria Grazia



Cavallo, il personale che non si sottopone al vaccino contro il Covid dovrebbe essere trasferito a mansioni "che siano prudentemente distanziate dagli ospiti e tali da non generare contatti e rischi di contaminazione". Se questo non fosse possibile, ha aggiunto, "i lavoratori sarebbero da considerare inidonei alle mansioni di assistenza agli anziani" (fonte: *Il Sole 24 ore*).

Nel Vicentino, la direzione di una casa di cura di Arcugnano invita il personale dipendente a vaccinarsi contro il Covid. Non è un obbligo, scrive l'azienda, ma chi non lo farà non potrà presentarsi al lavoro e rischia anche di non percepire lo stipendio. "Questo per tutelare l'integrità fisica dei lavoratori e degli ospiti". A detta dell'avvocato Fabio Mantovani, esperto di diritto del lavoro, la decisione è legale. Se da un lato non si può obbligare il dipendente a una prestazione medica, dall'altro il datore di lavoro può legittimamente rifiutare la prestazione lavorativa, considerati i rischi (fonte: *Il Giornale di Vicenza*).

Il giurista Pietro Ichino e l'ex magistra-

to Raffaele Guariniello hanno indicato i fondamenti giuridici di provvedimenti disciplinari per i dipendenti che rifiutano il vaccino, sostenendo che si può arrivare fino al licenziamento.

Secondo il giurista Ichino, l'articolo 2087 del codice civile obbliga il datore di lavoro ad adottare tutte le misure suggerite da scienza ed esperienza necessarie per garantire la sicurezza fisica e psichica delle persone che lavorano in azienda. Se il rifiuto della vaccinazione metterà a rischio la salute di altre persone, questo rifiuto "costituirà un impedimento oggettivo alla prosecuzione del rapporto di lavoro".

Secondo il magistrato Guariniello, "Attualmente non è possibile costringere un lavoratore a sottoporsi a vaccinazione, ma se non lo fa va può essere destinato ad altra mansione". "Se l'infermiere della Rsa non si vaccina, non sarà più idoneo". Il riferimento è all'art. 279 del Testo Unico della Sicurezza sul Lavoro. Dal momento in cui il vaccino è a disposizione e il lavoratore lo rifiuta, la norma impone al datore di

lavoro "l'allontanamento temporaneo del lavoratore in caso di inidoneità alla mansione su indicazione del medico competente". Se la ricollocazione non è compatibile con l'assetto organizzativo "si rischia la rescissione del rapporto di lavoro".

Infine, la Costituzione, all'articolo 32, prevede un bilanciamento fra il diritto alla salute individuale e la tutela della salute pubblica. L'obbligo vaccinale può essere imposto da una legge (o un decreto legge se c'è l'urgenza), qualora sia comprovata l'esigenza di far prevalere l'interesse pubblico per ridurre il contagio, tanto è vero che in Italia ci sono già vaccini obbligatori come: l'anti-difterica, l'anti-poliomielitica, l'anti-tetanica, l'anti-epatite virale B, l'anti-pertosse, ecc.

E secondo il SIASO Confsal? Il SIASO Confsal non può avere posizioni o pareri in merito, perché non è suo compito avere un parere su tutto, ma su tutti gli argomenti si affida alle persone e alle istituzioni competenti, quindi... buon vaccino.

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 LICENZIAMENTO PER CESSAZIONE ATTIVITÀ DURANTE LA PANDEMIA

a cura di **Giovanna Gentile**

GIUSLAVORISTA SIASO-CONFESAL

ed **Elisabetta Ammassari**

CONSIGLIERE SIASO-CONFESAL

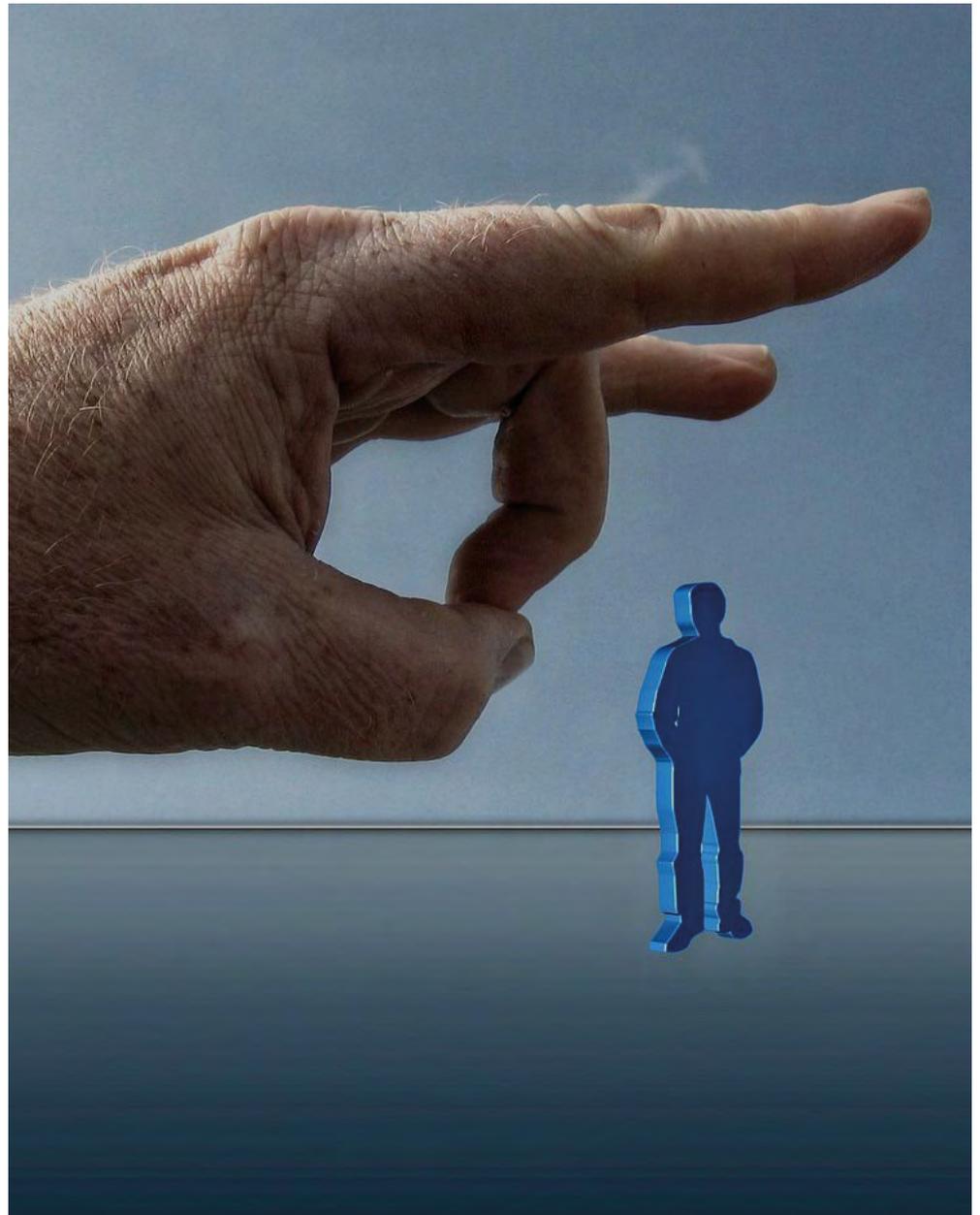
Sappiamo che il Governo ha proibito il licenziamento per motivi economici. Questo divieto è stato più volte prorogato, dopo la sua introduzione con il Decreto Cura Italia all'inizio della pandemia da Sars Cov 2.

Dall'introduzione del succitato decreto, infatti, il datore di lavoro che avesse comminato un licenziamento per motivi economici sarebbe stato sanzionato con la reintegrazione del lavoratore sul posto di lavoro, in quanto nullo, ai sensi dell'art. 1418 c.c., e con la richiesta di risarcimento del danno, ai sensi dell'articolo 18, comma 1, dello Statuto dei lavoratori e dall'articolo 2 del decreto legislativo 23/2015.

È interessante esaminare le prime sentenze comminate nei casi di licenziamenti per motivi economici, come quella del Tribunale di Mantova (n.112/2020) che riguarda il caso di un'azienda che dopo avere fatto fruire tutte le ferie a una dipendente e averla posta in cassa integrazione, l'ha infine licenziata, sostenendo di avere chiuso l'unità operativa a cui la lavoratrice era adibita.

Il Tribunale ha dichiarato la nullità del suddetto licenziamento basando tale decisione sul fatto che il divieto di licenziamento è una forma di tutela temporanea della stabilità dei rapporti di lavoro atta a salvaguardare la stabilità nel suo insieme del sistema economico, per esigenze di ordine pubblico.

Dunque la norma che vieta i licenziamenti ha la caratteristica di essere una norma imperativa la cui violazione ha l'importante conseguenza della nullità del licenziamento (con la tutela ai sensi dell'art. articolo 18 comma 1 dello Statuto e confermata, come già detto, dall'articolo 2 del Dlgs 23/2015) e dunque è prevista la reintegrazione sul posto di lavoro e il risarcimento del danno pari all'importo totale delle retribuzioni che sarebbero state percepite dal giorno del licenziamento a quello dell'effettiva reintegrazione, oltre al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali per il medesimo periodo (ferma restando la facoltà per



la persona reintegrata di optare per l'indennità sostitutiva della reintegra). Successivamente all'entrata in vigore del DECRETO-LEGGE 14 agosto 2020, n. 104: Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia, il legislatore ha riconosciuto, in alcuni eccezionali casi (tra i quali la chiusura dell'attività aziendale), la possibilità di licenziamento, fissando tuttavia alcuni re-

quisiti oggettivi che devono essere provati dal datore di lavoro, insieme all'impossibilità di ricollocare il lavoratore in altra posizione lavorativa.

Licenziare un lavoratore, anche per motivi economici, è diventato complesso e rischia di dare origine a procedimenti legali che possono ulteriormente complicare la situazione economica del datore di lavoro.

COVID? UNA MALATTIA COME LE ALTRE?

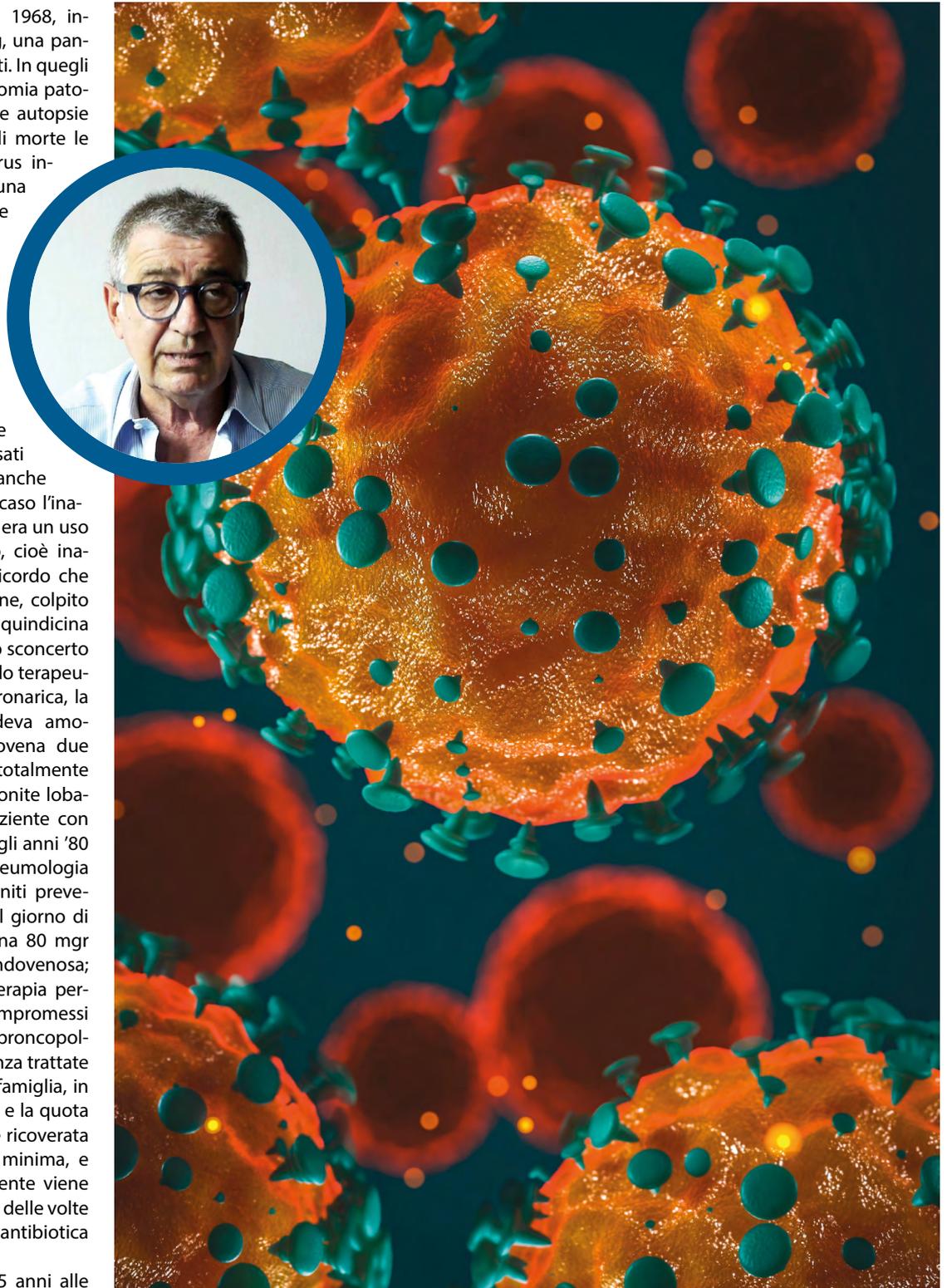
Abbiamo ricevuto, e volentieri pubblichiamo, questo intervento del professor Enzo Soresi, primario emerito di pneumologia dell'ospedale Cà Granda di Milano, che arricchisce il dibattito sulla terapia della malattia da Sars-CoV 2. Il ricordo dell'influenza del 1968

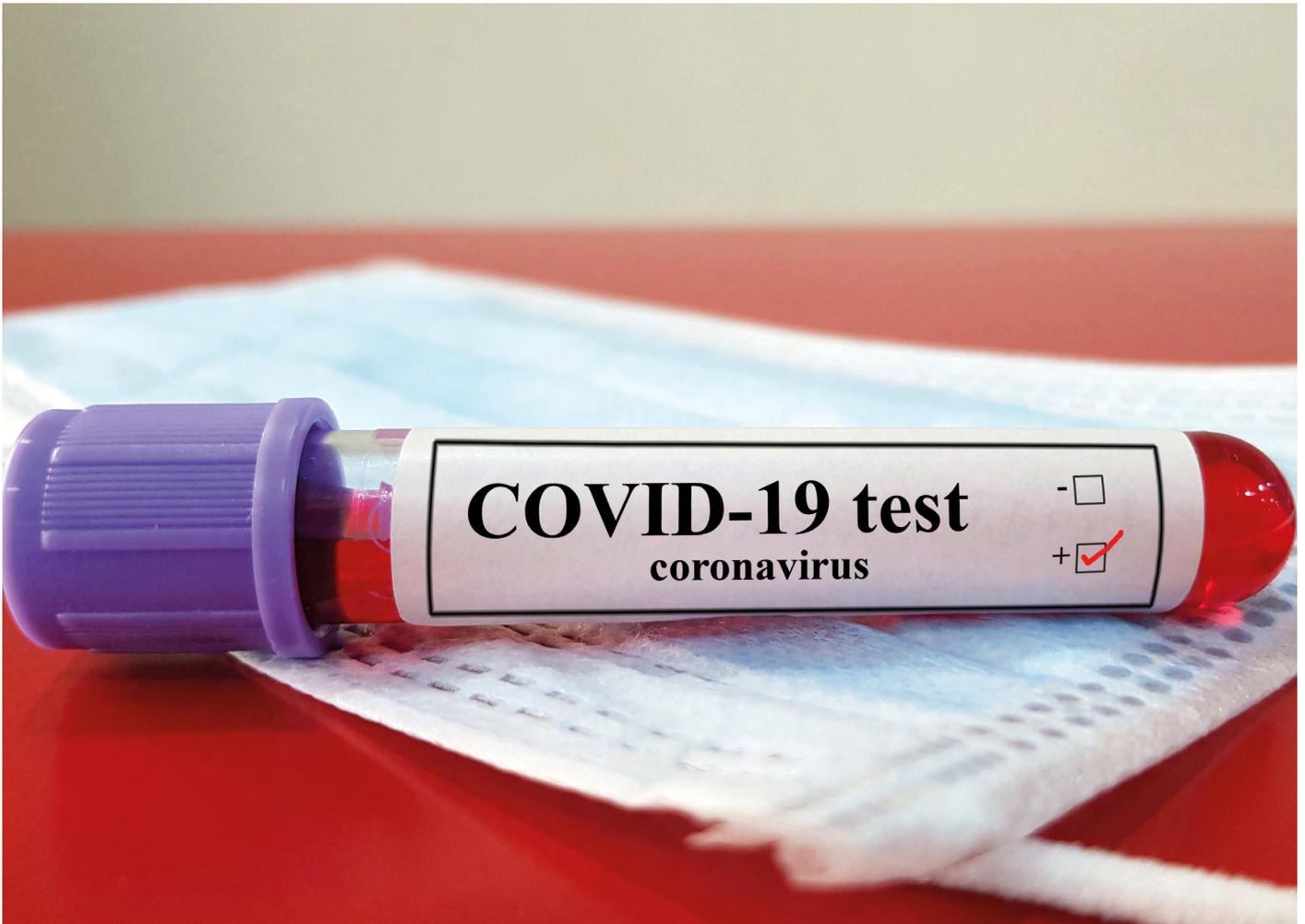
di **Enzo Soresi**

PRIMARIO EMERITO DI PNEUMOLOGIA

Ospedale di Niguarda, 1968, influenza di Hong Kong, una pandemia che fece 22.000 morti. In quegli anni ero assistente in Anatomia patologica e la prevalenza delle autopsie evidenziava come causa di morte le polmoniti batteriche. Il virus influenzale infatti induceva una severa caduta delle difese immunitarie e i pazienti che morivano erano i più compromessi perché diabetici, cardiopatici, defedati o vecchi (allora la vecchiaia iniziava a 60 anni). Al riscontro autoptico i polmoni si trovavano infarciti di sangue e i lobi polmonari interessati dalla polmonite potevano anche essere più di uno. In quel caso l'inadeguatezza della medicina era un uso degli antibiotici improprio, cioè inadeguato, insufficiente. Ricordo che nel 1970, mio padre 67enne, colpito da infarto, morì dopo una quindicina di giorni di polmonite fra lo sconcerto dei cardiologi. Nel protocollo terapeutico standard dell'unità coronarica, la terapia antibiotica prevedeva amoxicillina un grammo endovena due volte al giorno, quindi totalmente insufficiente per una polmonite lobare franca insorta in un paziente con infarto in atto. Quando negli anni '80 lavoravo nel reparto di pneumologia il protocollo per le polmoniti prevedeva 2 grammi tre volte al giorno di cefalosporina + gentamicina 80 mgr per due, il tutto per via endovenosa; difficilmente con questa terapia perdevamo malati anche se compromessi per altre malattie. Oggi le broncopolmoniti vengono in prevalenza trattate a domicilio dal medico di famiglia, in genere con due antibiotici, e la quota di pazienti che deve essere ricoverata per inadeguata terapia è minima, e comunque quando il paziente viene ricoverato in ospedale il più delle volte guarisce con una terapia antibiotica di secondo livello.

Come medico con oltre 55 anni alle





spalle di professione come specialista in pneumologia e oncologia clinica mi pare di rivivere con il Covid-19 la stessa inadeguatezza terapeutica di quegli anni. Ciò che scatena infatti questo virus è una polmonite infiammatoria e una microembolia polmonare sostenuta in prevalenza da una aggregazione delle piastrine. I due presidi terapeutici di conseguenza sono i farmaci antiaggreganti e il cortisone. Quando nel marzo c.a. mi sono ammalato di questa forma virale, dopo 9 giorni di febbre a 39 gradi, avendo iniziato a domicilio la terapia con calciparina sottocute a scopo antiaggregante mi sono ricoverato in ospedale, e qui dopo la prima endovenosa di 60 mgr di prednisone è avvenuto lo sfebbramento e in pochi giorni con un dosaggio di cortisone progressivamente ridotto sono guarito senza alcuna conseguenza, ho proseguito quindi il cortisone a domicilio per complessivi 15 giorni a dosi scalari fino a sospenderlo. A 7 mesi di distanza dall'inizio della malattia mi ritrovo con il test sierologico che conferma l'elevata presenza di immunoglobuline. Quindi quale è la

logica deduzione?

1°, che di fronte a una forma virale di questo tipo con febbre elevata è opportuno iniziare tempestivamente enoxalceparina sottocute alla dose di 1mgr per kgr associata a prednisone 25 mgr al giorno da aumentare progressivamente anche a 100 mgr al giorno se non si ottiene lo sfebbramento.

Quali le controindicazioni? Le solite ben note ai clinici e cioè diabete e gastropatie ben controllabili con adeguate terapie e chiaramente nessuna terapia antiaggregante se il paziente è già in terapia anticoagulante per problemi cardiovascolari.

Con questo approccio si eviterebbero la prevalenza dei ricoveri ospedalieri, lasciando di conseguenza il posto ai pazienti più critici come avviene in tutte le malattie infettive. In sostanza, a distanza di circa 70anni stiamo ripetendo gli stessi errori commessi con la pandemia influenzale di Hong Kong e cioè un inadeguato uso dei farmaci e in particolare del cortisone. Per inciso, di fronte a una sindrome mediastinica sostenuta da un tumore polmona-

re con metastasi ai linfonodi, al fine di fare respirare il paziente si arriva a dosaggi cortisonici molto più elevati senza esitazioni.

I pazienti da me curati a domicilio con questo approccio terapeutico sono ormai un certo numero e in un solo caso ho dovuto ricorrere al ricovero del paziente per un deficit di ossigeno, e anche in questo caso è stato sufficiente una degenza in reparto con una adeguata assistenza senza necessità di ricorrere a terapia intensiva.

Per quanto riguarda poi i dubbi che questo virus non inducesse la produzione di anticorpi, personalmente a distanza ormai di 8 mesi dalla malattia mi ritrovo, come già detto, con un esame sierologico ricco di immunoglobuline G, a conferma della mia buona risposta immunitaria nonostante sia un ottuagenario. Quale è la logica deduzione ?

La febbre elevata sottintende un contagio con elevata carica virale e una conseguente attivazione dei linfociti B responsabili della produzione di anticorpi specifici, esattamente come avviene con qualsiasi virus influenzale.

LEADING REGENERATION

Geistlich
Biomaterials

I biomateriali più documentati in un negozio online rinnovato!



SPESE DI SPEDIZIONE OMAGGIO*



EXACTLY
like no other.



www.shop.geistlich.it

*per ordini online non urgenti

VI RACCONTO IL “MIO” COVID

a cura di **Federico Biglioli**

Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia
Maxillo-Facciale, Ospedali Santi Paolo e Carlo di Milano



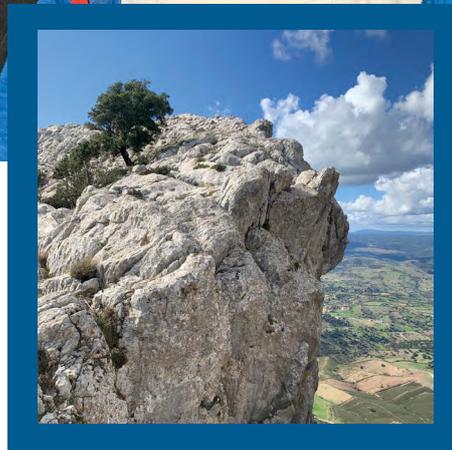
Giampaolo oggi a Montalbo va troppo forte. Eppure è la prima volta che faccio fatica a stargli dietro in uno dei nostri giri escursionistici un po' estremi. Lui è più bravo ad arrampicare, però fisicamente io sono in genere più preparato... penso semplicemente che oggi va così... anche se qualcosa non mi torna.

Sei giorni dopo, immerso nei miei mille impegni lavorativi, i miei adorati paesaggi Sardi della Baronia mi lasciano ancora il gusto dolce in bocca, ma non ci penso quando alle quattro del mattino mi sveglio di soprassalto con i sintomi del COVID, inequivocabili per chi, come me, ha visto e vissuto di tutto in uno degli Ospedali torchiati quest'anno dal Coronavirus. Cefalea frontale, dolori alle ossa e ai muscoli, sensazione di febbre (io me ne accorgo appena ho 37°); vado al piano di sopra per prendere una antinfiammatorio e arrivo su come se fossi in cima all'Aconcagua, a cui ho dovuto rinunciare quest'anno per l'epidemia. Vabbè, ci

riproverò l'anno prossimo.

Allora mando subito un messaggio alla mia Caposala tuttofare della Maxillofacciale del San Paolo: "Ornella, ho il COVID. Mi organizza per piacere un tampone alle 8? E poi una bella flebo con i farmaci che le dico, dose d'attacco". Mi risponde subito, alle 4.05. E non mi manda neanche a quel paese. Al pomeriggio arriva la risposta del tampone positivo, ma era una formalità, io ero già in branda a casa.

Poi che dire, meglio che a tanti altri. Preferisco non lasciarmi andare al racconto, che mi mette le lacrime addosso, degli amici e colleghi a cui è andata male. Io ho avuto una astenia incredibile per 14 giorni, cefalea, sintomi di rinite, sinusite frontale, anosmia. Insomma, buona



parte del corteo sintomatologico che oramai si conosce. Desaturavo a 93-94%, non terribile, ma con questa brutta sensazione di

dolore retrosternale a ogni sospirone che ogni tanto dovevo fare.

Paura? Non tanta perchè in fin dei conti i miei parametri respiratori erano discreti. Certo un pensiero ogni tanto al fatto che da un momento all'altro le cose potessero cambiare l'ho fatto. Dopo 18 giorni il tampone era negativo e rimaneva solo un lieve affaticamento: sono rientrato al lavoro con la gioia di averlo fatto senza conseguenze gravi. E poi ora ho gli anticorpi alle stelle. Il vaccino lo farò, però un po' più avanti, quando scenderanno gli anticorpi... alla faccia di terrapiattisti e no-vax!



***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.*

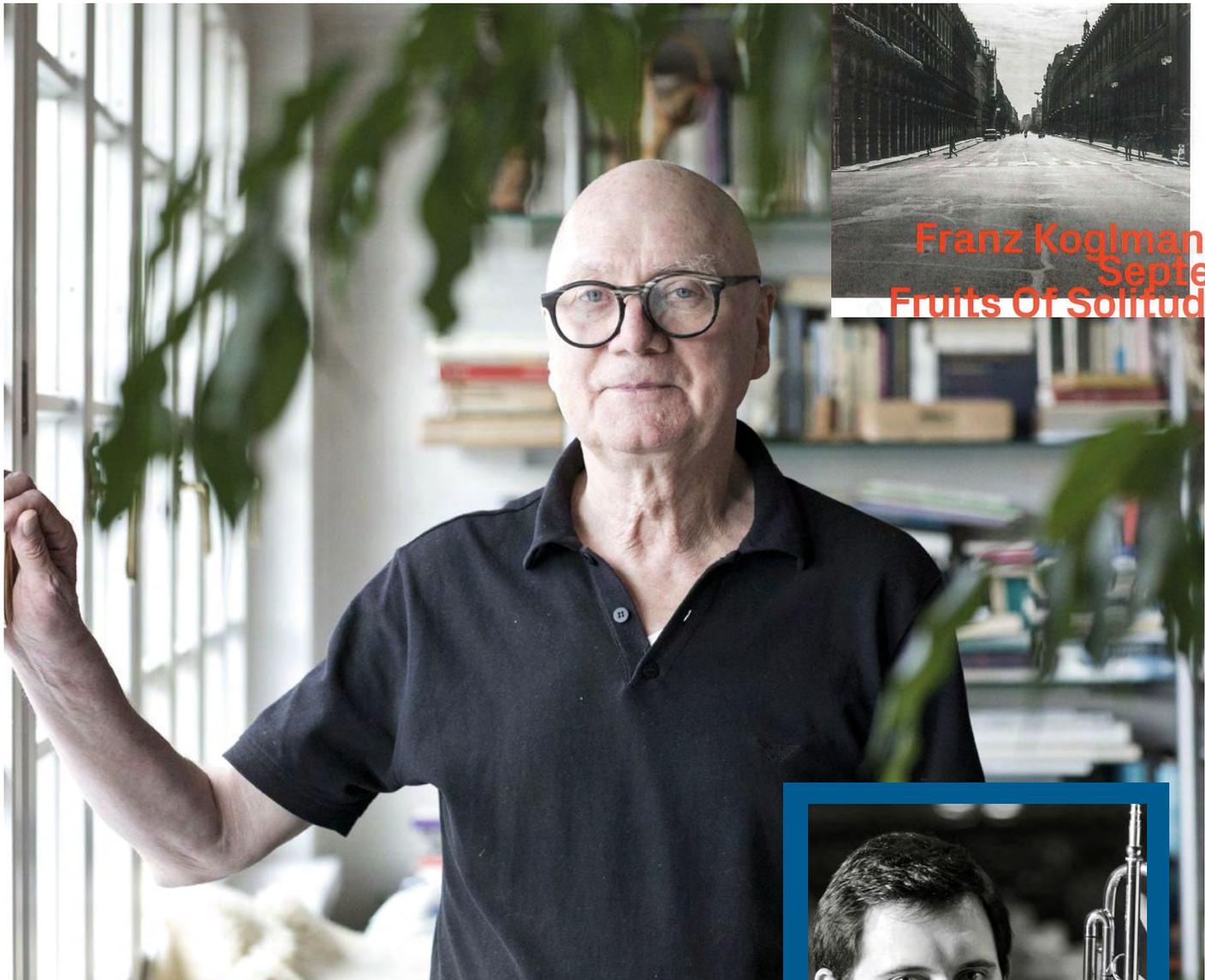
BONE[®]
SYSTEM
www.bonesystem.it

FRANZ KOGLMANN E I FRUTTI DELLA SOLITUDINE PER UN NUOVO SETTETTO

di **Mario Mariotti**

MUSICISTA

MARIO.MARIOTTI@CONSERVATORIO.CH



Franz Koglmann nato a Vienna (Austria) nel 1947 ha studiato musica classica e jazz nella propria città natale, intraprendendo dei viaggi di studio a New York e Philadelphia. Trombettista e compositore è acclamato a livello internazionale come un importante esponente della musica crossover al confine tra il jazz e la musica del Secondo Novecento europeo. Ha collaborato con molti rinomati musicisti internazionali come Lee Konitz, Derek Bailey, Tony Coe, Steve Lacy, Ran Blake, Paul Bley e molti altri. A partire dagli anni '80

concentra il proprio lavoro sulla composizione. Fra il 1986 e il 1996 Koglmann ha registrato per l'etichetta svizzera Hat ART records e fra il 1998 e il 2004 ha lavorato come direttore artistico per l'etichetta tedesca Between the lines. La maggior parte delle opere di Koglmann supera i confini meramente musicali per entrare in "dialogo" con le arti visive, la letteratura, il cinema e il teatro. L'ultimo lavoro per Col legno, Nocturnal Walks - Twilight musings

based on motifs by Joseph Haydn, featuring the original voice of E.M. Cioran, è stato il contributo austriaco alla città di Sibiu/Hermannstadt, nominata Capitale Europea della Cultura nel 2007. Altro lavoro di poco precedente è il CD Loo-lee-ta/Music on Nabokov, un approccio musicale



al romanzo capolavoro di Vladimir Nabokov: Lolita. Koglmann ha ricevuto numerosi premi, fra cui il Music Award of the City of Vienna (2001), il Music Award of Lower Austria (2003) e l'Ernst-Krenek-Award of the City of Vienna (2008).

Del 2020 è la pubblicazione del suo ultimo disco *Fruits Of Solitude* per l'etichetta ezz-thetics, comprendente un settetto cameristico formato, oltre che da Koglmann stesso alla tromba e al flicorno soprano, da John Clark (corno francese), Daniele D'Agaro (clarinetti e sax tenore), Mario Arcari (oboe e corno inglese), Milan Turkovic (fagotto), Attila Pasztor (violoncello) e Peter Herbert (contrabbasso).

In questa nuova produzione Koglmann riesce sapientemente ad amalgamare la musica da camera europea e il jazz americano. Va premesso che la sua attività nasce da una grande poliedricità come ascoltatore e un rifiuto di qualsiasi codificazione proprio come aveva fatto il suo nume tutelare Duke Ellington durante la propria lunga carriera. In questo album

Koglmann decide di scegliere un bellissimo brano del Duca, il classico "Solitude" e operare tre variazioni personali. La strumentazione del disco - cinque fiati e due strumenti ad arco - è la miscela perfetta per creare questa musica ibrida. Ibrida ma non nel senso dispregiativo di fusion, di accozzaglia di suoni. Non è una mera operazione di miscela di differenti generi musicali ma un lavoro di amalgama delle forme compositive europee e del cool jazz che Gil Evans e Miles Davis avevano evocato con il loro nonetto, la Tuba band. Oltre al tuffo nel mondo di Ellington, Koglmann tocca temi di Jimmy Giuffrè con *Finger Snapper* e Dick Twardzik in *Yellow Tango*. Entrambe le tracce sono pervase da uno swing intimo per via della strumentazione orchestrale anche se l'inclusione del sassofonista italiano Daniele D'Agaro assicura al suono un colore molto jazz.

Martians Don't Go Home Anymore di Koglmann è la traccia più euforica della registrazione. È un tributo ai temi del trombettista West Coast

Shorty Rogers *Martians Come Back* e *Martians Stay Home*. L'arrangiamento di Koglmann mescola il fantastico West Coast sound con la *Rhapsody In Blue* di George Gershwin, il musical di Broadway di Leonard Bernstein e la musica dei cartoni animati di Raymond Scott. Per quanto possa apparire improbabile nelle sapienti mani del compositore austriaco, come quelle di un fine viticoltore, questi disparati mondi riescono a dialogare e a creare una musica attuale, fresca e carica di emozioni. Un lavoro che vi invito ad ascoltare in una tranquilla serata magari sorseggiando un bicchiere di buon vino.

*Franz Koglmann Septet –
Fruits Of Solitude*

Etichetta: ezz-thetics

*Numero di catalogo: ezz-thetics 1005
I titoli dei brani: Fruits of Solitude II;
Martians Don't Go Home Anymore;
For Max; Untitled; Garden with Blue
Terrace; Salut Solal; Fruits of Solitude
I; Finger Snapper; Leopard Lady; Fru-
its of Solitude III; Yellow Tango.*

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

TIGIN: IL GIN ITALIANO HA COMPIUTO UN ANNO

di Federica Sala, Maurizio Azzini,

Alessandro Dedda

ILCASCINELLO@GMAIL.COM



Federico, esperto di marketing, appassionato di vini e distillati, con un amore maniacale per il gin; Maurizio, medico, è titolare di una piccola azienda agricola di piante aromatiche e vigne; Alessandro, esperto di business online, ha un solo vero grande amore: il fiume Ticino e la sua valle.

Tre anni fa si incontrano, diventano amici ma soprattutto decidono di unire le rispettive competenze e passioni per realizzare un desiderio comune: produrre un gin.

Dopo quasi 2 anni di studio e selezione delle botaniche, di prove e sperimentazioni, finalmente nasce Tigin, gin artigianale italiano; i tre amici dicono che Tigin ha un'anima inglese e un corpo italiano. Anima inglese: Tigin si ispira e si allinea ai barber gin inglesi, distillati da bere lisci che i clienti di molte barberie inglesi

potevano – e in alcune ancora oggi possono – gustare nell'attesa del proprio turno.

Corpo italiano: il ginepro è rigorosamente toscano; le 12 botaniche che lo aromatizzano sono coltivate nella valle del Ticino; a quel territorio e al suo splendido parco naturale è dedicato Tigin, il gin del Ticino.

Le botaniche di Tigin sono: angelica, fiore di sambuco, miele (per armonizzare e ammorbidire), coriandolo, zenzero, issopo (per insaporire), erba lippia, timo citriodoro (per le note agrumate), cetriolo, stelo di rabarbaro (per la freschezza, iris pallida (per il profumo); infine la botanica "segreta" che caratterizza e rendere unico il sapore di Tigin.

Tigin è un vero e proprio liquore da meditazione: secco, fresco, persistente, con un finale lungo e morbido.

Bevendolo liscio o con un ghiaccio, si può apprezzare in modo superbo l'equilibrio e l'armonia della miscela di botaniche: nessuna prevale sulle altre.

La botanica segreta ha riconosciute proprietà digestive e rende Tigin ideale per il dopo cena.

Il sapore equilibrato, la morbidezza del gusto, rendono Tigin prezioso nei cocktail, anche nelle più elaborate mixology experiences.

La nota vagamente mielosa lo rende adatto per il Tom Collins, così come la sua natura decisamente secca lo rende perfetto per il French 75 o il Martinez.

Fantastico per realizzare Gin&Tonic; la tonica ideale è la "Natural Indian" accompagnata dall'immane zest di limone.

Tutto questo e altro ancora lo potete trovare sul sito: www.tigin.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

