

Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

ANNO VIII
N. 5 - 2021

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

01.



S I A S O

SINDACATO
ITALIANO
ASSISTENTI DI
STUDIO
ODONTOIATRICO

Un manuale operativo

AGGIORNAMENTO PER ASO



Casi clinici

Gestione non chirurgica
della mucosite
perimplantare

Come affrontare la lesione
infiammatoria della mucosa in
un impianto osteointegrato senza
perdita di osso di tipo progressivo

Corso

L'osteointegrazione
è un "risultato
prevedibile"

Se tutti sono d'accordo con questa
affermazione, occorre però fare un
passo indietro per chiedersi quale sia
il risultato che si vuole raggiungere

News & Letteratura

Gli oli essenziali
in aiuto ai fungicidi
contro la candida

Uno studio considera la possibilità
che quelli di cannella e citronella
possano essere efficaci per uccide-
re la flora micotica sui manufatti

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

C'è speranza che nelle istituzioni della Repubblica, qualcuno si interessi alla salute orale degli italiani? SIOD ha inviato un'altra lettera al Ministro On. Roberto Speranza per chiedere la possibilità di un confronto sui temi della salute orale del nostro popolo. Attendiamo...

Egregio Sig. Ministro Roberto Speranza,

Le inviamo questa nuova mail poiché non abbiamo avuto alcun riscontro da parte Sua a quelle precedenti.

Ci rendiamo conto di quanto impegno e quanta dedizione abbia dovuto profondere per l'epidemia in corso. Rimane però il fatto che, nella loro stragrande maggioranza, i cittadini italiani non possono permettersi una terapia odontoiatrica adeguata, né tantomeno sono seguiti per la necessaria prevenzione.

Questo fatto drammatico si traduce in una popolazione con problemi odontoiatrici a volte gravi, fino al ritardo diagnostico per il cancro della bocca che si traduce, ancora, nella condanna a morte del paziente.

Il Sindacato Italiano di Odontoiatria Democratica (S.I.O.D.) si rivolge ancora a Lei, Onorevole Sig. Ministro, per chiedere un incontro per valutare un'ipotesi di assistenza pubblica odontoiatrica, basata sull'utilizzo degli studi privati, unica realistica soluzione, oggi, del problema.

Tale svolta nel rapporto pubblico-privato in odontoiatria, può avvenire solo se vengono seriamente rivisitati i livelli tariffari delle varie prestazioni che sono oggi del tutto non rispondenti alla realtà.

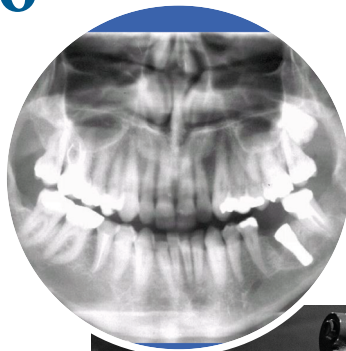
Questo problema si somma a quello della qualità dei servizi prestati in Italia dagli studi odontoiatrici che, ancora in gran parte, utilizzano personale non preparato, non adeguatamente motivato, non aggiornato. Un accordo tra L'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) e Filcams, Fisascat e Uiltucs, ha permesso l'inserimento, nel contratto di lavoro, di una figura del tutto non corrispondente ai requisiti richiesti dal DPCM del 09/02/2018 che ha introdotto la figura

(segue a PAGINA 5)

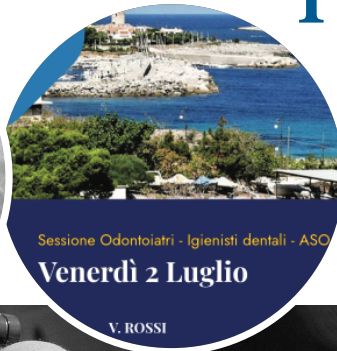
Odontoiatria Team at Work

N. 5 - 2021

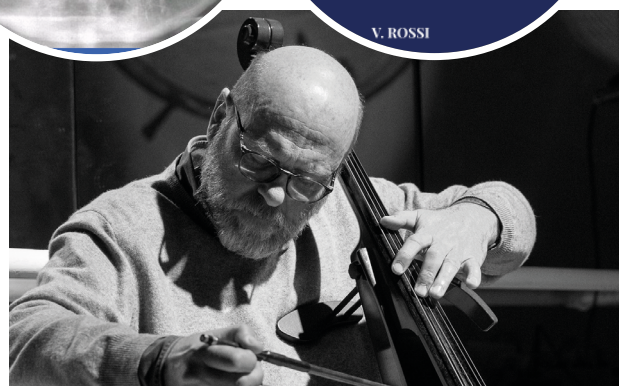
6



19



24



- 4 NEWS & LETTERATURA
LA DURATA DI UNA PROTESI MOBILE TOTALE:
CHE COSA CI DICE LA LETTERATURA
I FUNGICIDI CONTRO LA CANDIDA RICEVONO
UN POTENZIALE AIUTO DA ALCUNI OLI ESSENZIALI
- 5 NEWS & LETTERATURA
ANESTETICI CON VASOCOSTRITTORE,
IPERTENSIONE E CORONAROPATIA.
CHE COSA DICONO GLI STUDI
RIASSORBIMENTO ESTERNO DELLA RADICE:
QUANTO NE SAPPIAMO NEL 2021?
- 6 ESTRAZIONE DI OTTAVI INCLUSI
E FRATTURA DELLA MANDIBOLA
- 10 GESTIONE NON CHIRURGICA
DELLA MUCOSITE PERIMPLANTARE
- 14 L'OSTEOINTEGRAZIONE, RISULTATO PREVEDIBILE
- 19 2/3 LUGLIO: SI APRE IL XXV CONGRESSO
NAZIONALE COI-AIOG: IL PROGRAMMA
- 21 UN MANUALE CON I PROTOCOLLI OPERATIVI
DI AGGIORNAMENTO PER ASO
- 24 WALTER PRATI, VIOLONCELLISTA
E MUSICISTA ELETTRONICO

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**



Krugg

BONE
SYSTEM

Geistlich
Biomaterials

kuraray

Noritake

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

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

NEWS & LETTERATURA

tratto da: Marietta Taylor, Mohd Masood, George Mnatzaganian,
Longevity of complete dentures: A systematic review and meta-analysis,
The Journal of Prosthetic Dentistry, Volume 125, Issue 4, 2021, Pages 611-619

La durata di una protesi mobile totale: cosa ci dice la letteratura



La protesi mobile ad appoggio mucoso può ancora essere a oggi una soluzione percorribile per la gestione di alcuni casi di edentulia. Per tale motivo gli autori si sono interrogati su quale sia statisticamente la durata nel tempo di questi manufatti protesici, e se ci sia differenza tra protesi totali nel mascellare superiore e del mascellare inferiore. Dopo aver adoperato una selezione tra oltre 21.500 lavori, gli autori hanno selezionato 42 articoli escludendo tutti quelli ove si facesse riferimento ad appoggi diversi dalle mucose (dentale o implantare). Si è così potuto affermare che le protesi totali fabbricate principalmente in cliniche universitarie hanno una longevità media di 10 più o meno 4 anni, che a una maggiore età del paziente corrisponde un maggior tasso di fallimento e che la longevità delle protesi poste nel mascellare superiore è maggiore rispetto a quelle poste nella mascellare inferiore, per i quali gli autori prevedono una sostituzione almeno ogni 10 anni. Tale dato è dunque importante per poter dare risposte più precise sulla predicibilità di questa soluzione nella pratica clinica di tutti i giorni.

a cura di Filippo Turchet Casanova (filippotcasanova@icloud.com)

tratto da: Suwan Choonharuangdej, Theerathavaj Srithavaj, Supanut Thummawanit,
Fungicidal and inhibitory efficacy of cinnamon and lemongrass essential oils on Candida albicans biofilm established on acrylic resin: An in vitro study,
The Journal of Prosthetic Dentistry,

Fungicidi contro la candida: un potenziale aiuto arriva da alcuni oli essenziali

Uno studio in vitro considera la possibilità che gli oli essenziali di cannella e citronella possano essere efficaci come fungicidi per uccidere la flora micotica che tende spesso a formarsi sui manufatti protesici in polimetilmetacrilato (PMMA). In tale esperimento è stato utilizzato un terreno di coltura con nutrimento per creare diverse colonie di candida albicans che sono state trattate, dopo aver stabilito quale concentrazione di olio essenziale fosse in grado di inibire la crescita dei miceti, in diverse concentrazioni (mezza volta, 1, 2,4, 8,16 volte la concentrazione inibente) ed esponendo le colonie all'azione del prodotto per diversi intervalli di tempo (1,2, 4,8 e infine 24 ore).

È stato visto che la concentrazione pari a 8 volte la concentrazione inibente la crescita della colonia è in grado di eradicare il 99% del film fungino in un'ora di esposizione, ma concentrazioni maggiori anche poste a contatto con la flora micotica per più tempo sono risultate meno efficaci (70% circa).

Pur attendendo un riscontro equivalente in test in vivo, la prospettiva dell'utilizzo di oli essenziali di citronella e cannella come fungicida sembrano promettenti.

a cura di Filippo Turchet Casanova



NEWS & LETTERATURA

tratto da: Maria Seminario-Amez, Beatriz González-Navarro, Raul Ayuso-Montero, Enric Jané-Salas, José López-López, Use of local anesthetics with a vasoconstrictor agent during dental treatment in hypertensive and coronary disease patients. A systematic review. Journal of Evidence Based Dental Practice, Volume 21, Issue 2, 2021

Anestetici con vasocostrittore, ipertensione e coronaropatia. Che cosa dicono gli studi

Nella pratica clinica di tutti i giorni ci si può trovare molto spesso davanti a pazienti che abbiano avuto una storia di ipertensione o malattia coronarica. Cosa si fa? Si fa tranquillamente l'anestesia con il vasocostrittore senza rischiare di fare un danno al paziente e con tranquillità per l'odontoiatra? Gli autori di questo studio han-

no revisionato l'intera letteratura scientifica e concludono che l'utilizzo di una o due tubofiale di anestetico con concentrazioni di 1 su 80.000, 1 su 100.000, o 1 su 200.000 di adrenalina, se l'ipertensione e la malattia coronarica è controllata, è sicuro.

a cura di Filippo Turchet Casanova

(segue da PAGINA 2)

professionale dell'Assistente di Studio Odontoiatrico e il percorso di studi obbligatorio. Anche su questo punto, On. Sig. Ministro, sarebbe prezioso dedicare qualche minuto di ragionamento per superare una incongruenza del tutto italiana.

Per tutte le motivazioni suesposte, richiediamo, cortesemente, di volerci dedicare qualche minuto del Suo tempo per metterLa al corrente di questi problemi e proporre eventuali possibili soluzioni.

Voglia gradire i nostri più cordiali saluti.

Tratto da: Chen Y, Huang Y, Deng X. External cervical resorption-a review of pathogenesis and potential predisposing factors. Int J Oral Sci. 2021 Jun 10;13(1):19. doi: 10.1038/s41368-021-00121-9. PMID: 34112752.

Riassorbimento esterno della radice: quanto ne sappiamo nel 2021?

Rimane ancora poco chiaro a oggi quali siano i meccanismi che governano l'azione degli odontoclasti che vanno a smantellare cemento e dentina radicolare, dando inizio alla catena di eventi del riassorbimento radicolare esterno. Questo meccanismo, che porta normalmente all'essfoliazione degli elementi decidui per far posto agli elementi dentari permanenti, è assolutamente indesiderabile quando colpisce le radici dei denti permanenti. Pur rimanendo scarsa la comprensione dei motivi che portano a tale risultato, gli autori di questo lavoro hanno individuato numerosi articoli per

fare luce su questo tema. Intercettare questo problema precocemente sembra essere essenziale per avere un risultato quanto più possibile favorevole. La presenza di anche solo uno (o più) tra i fattori predisponenti individuati in questo lavoro, ovvero pregresso trattamento ortodontico, trauma dentale, sbiancamento interno, procedura di chirurgia orale, terapia parodontale, bruxismo, restauri nella porzione intra coronale, difetti dello sviluppo della corona clinica, malattie sistemiche, dovrebbe mettere il clinico in allerta e spingerlo a fare un controllo in tal senso su tutti gli elementi dentari e

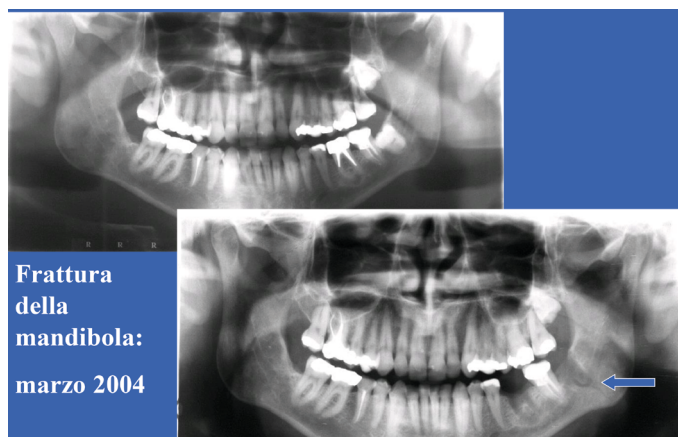


cercare eventuali segni di riassorbimento in fase precoce. Inoltre, la CBCT sembra uno strumento di ausilio estremamente promettente per tale diagnosi. Qualunque sia l'opzione terapeutica da scegliere eventualmente (restauro, protesi fissa), bisogna eliminare per quanto possibile tutto il tessuto che sta andando incontro a riassorbimento, il che in certi casi può portare alla terapia endodontica dell'elemento dentario, specialmente se il riassorbimento è andato a lambire la camera pulpare.

a cura di Filippo Turchet Casanova

ESTRAZIONE DI OTTAVI INCLUSI E FRATTURA DELLA MANDIBOLA

a cura di Federico Biglioli * (federico.biglioli@unimi.it),
 Andrea Biglio* (andreabiglio@gmail.com), Luigi Vaira **
 (luigi.vaira@gmail.com), Giacomo DeRiu **, Giulio C. Leghissa *** (giulio.leghissa@gmail.com)



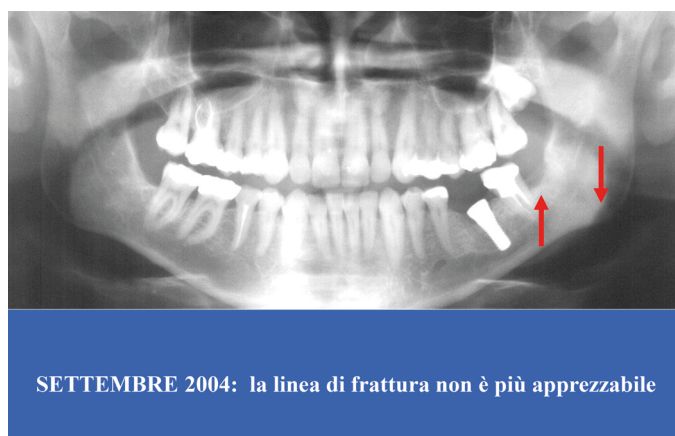
Frattura della mandibola: marzo 2004



Aprile 2004 permane la frattura, ma il paziente non rileva alcun sintomo, la sensibilità dell'emiarcata è totalmente conservata. Si opta per l'attesa



Giugno 2004: la linea di frattura inizia a sfumare



SETTEMBRE 2004: la linea di frattura non è più apprezzabile

INTRODUZIONE

L'estrazione dei terzi molari mandibolari inclusi è una delle procedure maggiormente eseguite in chirurgia orale. Come ogni procedura chirurgica, anch'essa si associa a una certa percentuale di complicanze intra e postoperatorie.

Le complicanze più associate a estrazione di terzi molari inferiori sono quelle infettive (e.g. alveoliti e osteiti), le lesioni nervose a carico del nervo alveolare inferiore e il nervo linguale e le complicanze emorragiche. Meno frequenti sono invece trisma, lesioni iatrogene di elementi dentari adiacenti e le fratture iatrogene dell'angolo mandibolare o del coronoide.

In letteratura, la frequenza di frattura mandibolare a seguito di estrazione di terzo molare incluso varia tra il 0.0033% e lo 0.0075% 1-2-3 ed è per-

ciò da considerarsi come un'evenienza rara, al punto che frequentemente essa viene omessa nei consensi informati della procedura chirurgica. Tuttavia, le fratture iatrogene rappresentano una complicanza difficilmente gestibile all'interno dello studio odontoiatrico richiedendo un trattamento chirurgico invasivo, spesso non eseguibile ambulatorialmente, e che espone il professionista al rischio di contenziosi medico legali. Una corretta programmazione e tecnica chirurgica, la conoscenza dei fattori predisponenti e un'efficace comunicazione con il paziente possono ridurre la probabilità di incorrere in queste complicanze e nelle possibili ripercussioni medico legali conseguenti.

CONDIZIONI PREDISPONENTI

Diversi fattori possono influenzare la resistenza meccanica della mandibola e determinare in rischio di fratture intra o post operatorie:

Grado di inclusione

Il grado di inclusione e la complessità dell'estrazione giocano un ruolo determinante. Le classi B e C e il tipo II/III secondo la classificazione di Pell e Gregory, sono infatti associate con un più elevato rischio di frattura 2 (Ethunandan et.al). I denti in queste posizioni occupano un volume maggiore di osso e la loro avulsione richiede un accesso più ampio con sacrificio di volume osseo maggiore e conseguente riduzione della resistenza meccanica della mandibola, aumentando il rischio di frattura. In un lavoro di Woldenberg et al 4 è riportato come indicazione generale

che se il dente incluso occupa più del 50% del volume vestibolo-linguale della mandibola, l'intervento può essere considerato a rischio di frattura intra o post operatoria.

Infezioni e lesioni associate

La presenza di lesioni cistiche associate al dente, quali cisti follicolari o periapicali possono essere causa di una perdita significativa di quantità di osso già in fase preoperatoria, rendendo la mandibola residua debole e maggiormente incline alle fratture. Anche le infezioni postoperatorie quali osteomieliti possono essere causa di fratture mandibolari successive all'intervento.

Età

L'indebolimento della mandibola come risultato della riduzione dell'elasticità e della densità ossea con l'avanzare dell'età può essere causa della maggiore incidenza di fratture nei pazienti nella quinta decade 2. Anche la tendenza all'anchilosi del dente nei pazienti più anziani può rendere le estrazioni più complesse, costringendo a una maggiore rimozione di osso con indebolimento della mandibola.

Anatomia

Alcune caratteristiche anatomiche determinano un aumentato rischio di frattura della mandibola 6. La lunghezza del ramo e del corpo mandibolare, per esempio, aumentano la distanza dell'angolo dai due punti di sostegno dell'emimandibola, ovvero la sinfisi mandibolare e l'articolazione temporomandibolare, aumentando quindi il momento massimo di forze durante la flessione.

Timing della frattura

La maggior parte delle fratture post avulsione di ottavo incluso sono po-

stoperatorie (Bodner L et al)⁵ e ricadono nelle successive 2/3 settimane. Spiegare questo fenomeno non è semplice, considerando la grande variabilità di fattori che possono incidere sulla statistica. Una delle cause ipotizzate è la comparsa dei processi di rimaneggiamento osseo nelle prime fasi di guarigione che ridurrebbe la densità ossea della regione aumentando il rischio di fratture nel breve termine.

Esperienza dell'operatore

Nel lavoro di Bodner 5, è stata analizzata l'esperienza clinica degli operatori nei casi di frattura mandibolare iatrogena conseguente a estrazione dei denti inclusi. Su 56 casi, 24 operatori (43%) erano generalisti, 12 (21%) erano specialisti in chirurgia orale e 20 (36%) erano chirurghi maxillo facciali. I risultati non sono stati statisticamente significativi nell'incidenza di fratture iatrogene nei tre diversi gruppi di operatori. Inoltre, questa valutazione non teneva conto dell'intrinseca difficoltà di intervento ripartita tra le classi di operatori, determinata dalle altre condizioni preponderanti. Le estrazioni di elementi dentali ad alto rischio di frattura sono più frequentemente eseguite da specialisti rispetto a odontoiatri generalisti, pertanto non è sempre possibile fare un'analisi accurata di questo aspetto. Certamente un operatore più esperto e specializzato nella chirurgia orale o maxillo facciale è preferibile per l'esecuzione di estrazioni ad alto rischio di frattura, non solo per ridurre il rischio di complicanze, ma anche per la gestione clinica successiva di tali evenienze.

PREVENZIONE

Il rischio di fratture mandibolari può certamente essere minimizzato attraverso un'accurata diagnosi, un

approfondito esame della difficoltà di estrazione e l'identificazione dei pazienti considerati ad "alto rischio". L'accurata programmazione dell'intervento e dell'approccio chirurgico, che deve essere preferibilmente eseguita su imaging 3D, ha come obiettivo quello di limitare la quantità di osso da rimuovere, attraverso una più accurata e minuziosa odontotomia al fine di preservare il più possibile la resistenza meccanica della mandibola. Nei casi ad altissimo rischio può essere presa in considerazione l'applicazione di una placca mandibolare profilattica 7, sebbene difficilmente tali casi sono trattati nella pratica quotidiana dello studio odontoiatrico.

Per quanto riguarda le fratture post intervento, la corretta informazione del paziente sulle indicazioni postoperatorie, consigliando una dieta morbida e sconsigliando le attività ad alto rischio di trauma facciale per almeno 4 settimane, è certamente importante per scongiurare questa eventualità.

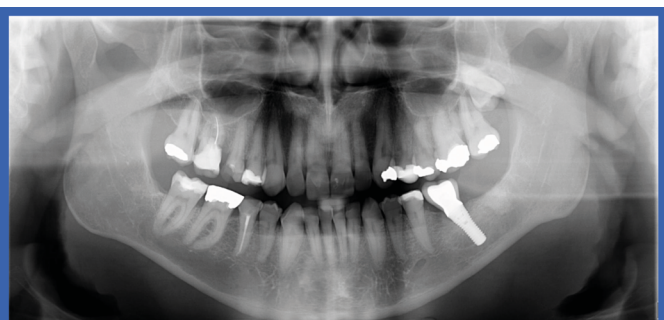
Il consenso informato per l'estrazione di un ottavo incluso, dovrebbe sempre menzionare questa rara ma possibile complicanza sottolineando il concetto con maggiore enfasi nei pazienti ad alto rischio.

È consigliabile inoltre raccomandare ai pazienti di prestare attenzione per le successive 2-3 settimane alla comparsa di un rumore di "crack", dolore intenso a insorgenza improvvisa con sensazione di alterata occlusione.

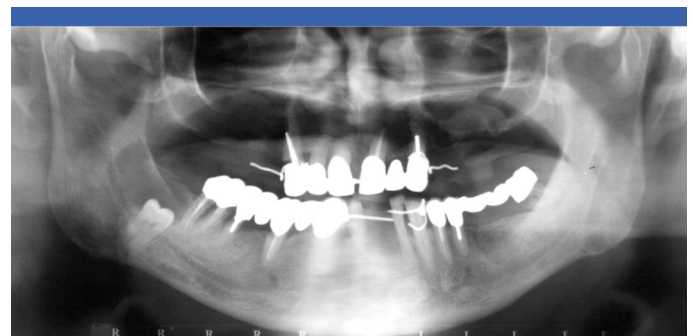
CONCLUSIONI

Come comportarsi di fronte a un sospetto di frattura della mandibola?

È sempre consigliabile riferire il paziente a un centro di chirurgia maxillofaciale. La terapia varierà dalla semplice osservazione con dieta liquida per 20 giorni, a un blocco intermassellare "leggero" (applicando



Ortopantomografia di controllo – 06 Luglio 2011



25-02-2004



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

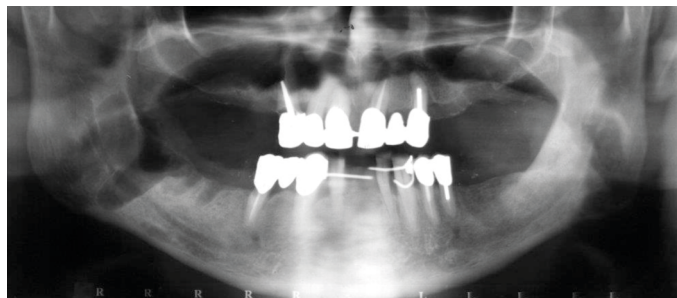


4 viti apposite nei mascellari, piuttosto che tramite archi ortodontici). Nel caso di frattura scomposta è assolutamente indicato riferire il paziente a un centro di chirurgia maxillofacciale.

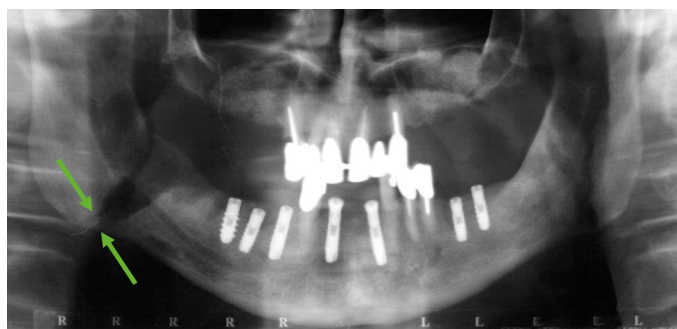
*** Cattedra e UOC di Chirurgia Maxillo-facciale (Dir. Prof. F. Biglioli), Ospedale San Paolo, Università degli Studi di Milano.**

**** Cattedra e UOC di Chirurgia Maxillo-facciale (Dir. Prof. G. Deriu), Cliniche San Pietro, Università degli Studi di Sassari.**

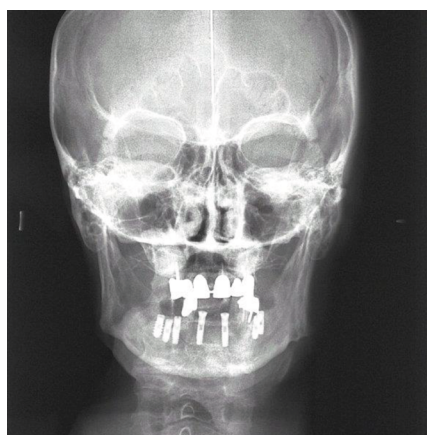
***** Libero professionista - Milano**



30-03-2004: viene rimosso il 48 in inclusione ossea totale



09-06-2004: durante le manovre per l'inserimento degli impianti, a due mesi dall'estrazione del 48, si frattura la mandibola



18/06/04 il paziente è guarito

BIBLIOGRAFIA

1 Libersa P, David Roze Thierry Cachart Jean Claude: Immediate and late mandibular fractures after third molar removal

2 M. Ethunandan, D. Shanahan and M. Patel: Iatrogenic mandibular fractures following removal of impacted third molars: analysis of 130 cases

3 Perry P A, Goldberg M H. Late mandibular fracture after third molar surgery

4 Woldenberg Y., Inbar Gatot , Lipa Bodner: Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal. Can it be prevented?

5 Bodner L. , Peter A. Brennan , Niall M. McLeod: Characteristics of iatrogenic mandibular fractures associated with tooth removal: review and analysis of 189 cases

6 Brett L. Seeley-Hacker, Eric P. Holmgren, Christopher W. Harper, Caroline S. Lauer, Douglas W. Van Citters: An Anatomic Predisposition to Mandibular Angle Fractures

7 J. Hartman and David M. Sibley: Prophylactic Internal Fixation to Avoid Mandible Fracture With Third Molar Removal: Use of Computer-Assisted Surgery to Improve Clinical Outcomes Michael

Controllo con stratigrafia al 11/06/04



GESTIONE NON CHIRURGICA DELLA MUCOSITE PERIMPLANTARE

a cura di Marco Lattari

IGIENISTA DENTALE

(marco.lattari32@unimi.it)



La mucosite è la lesione infiammatoria della mucosa perimplantare in un impianto osteointegrato senza perdita di osso di tipo progressivo. Focalizzo l'attenzione proprio su questo nel senso che non ci deve essere un rimaneggiamento di osso o, se c'è stato rimaneggiamento di osso, questo non deve essere di tipo progressivo. Dunque nel momento in cui arriva il nostro paziente in studio possiamo notare un sanguinamento spontaneo, ci può essere suppurazione ci può essere sanguinamento durante la manovra di sondaggio quando l'anatomia del sito ce lo concede, oppure ci può essere del sanguinamento anche durante la manovra di flossing. Però, all'esame radiografico, non ci deve essere alcun tipo di cambiamento.

Qual è la probabilità di trovare un paziente con una mucosite implantare?

Negli anni i dati sono un po' cambiati. Nel 2006 circa il 73% dei pazienti che arrivava in studio aveva all'interno del proprio cavo orale un problema di mucosite perimplantare. Nel 2014 la percentuale è salita all'80%. Nel 2017 la percentuale scende al 46,83%. Nel 2018 torna al 50%. Nel 2021, per quanto riguarda le perimplantiti, ci troviamo di fronte al 22%, ma per quanto riguarda le mucositi siamo ancora al 54,7%. Questo cosa vuole dire? In sostanza la metà dei nostri pazienti che vediamo in studio ha questo genere di problematica. Dobbiamo dunque essere abili a intercettare la problematica, ma anche a saperla trattare per non avere un'evol-

uzione in perimplantite. La problematica da cosa dipende?

L'eziologia è di tipo batterico, ma il problema effettivamente è solo da imputare ai batteri, indipendentemente da tutte quelle concause che abbiamo all'interno del cavo orale? La mia risposta è no. L'eziologia è batterica, ma esistono tanti cofattori che tra l'altro sono molto ben conosciuti e che indicano che la problematica non è solo da imputare al biofilm.

Veniamo per un attimo proprio alle problematiche del biofilm: c'è un impianto, se il paziente non riesce a gestire bene la propria igiene orale arrivano i batteri che colonizzano le superfici con la conseguenza di una risposta infiammatoria. Le prime manifestazioni infiammatorie che abbiamo all'interno di qualsiasi

Prevalence and risk variables for peri-implant disease 931

Table 3. Multinomial logistic regression analysis

Variable	Adjusted OR (95% CI) Peri-implant mucositis	Adjusted OR (95% CI) Peri-implantitis
Age >45 years	1.3 (1.0-1.7)	1.7 (1.3-2.8)
Male	1.7 (1.5-2.9)	2.7 (2.1-6.3)
Plaque Score (poor)	1.9 (1.2-2.3)	3.8 (2.1-6.8)
Plaque Score (very poor)	2.9 (2.0-4.1)	14.3 (9.1-28.7)
Periodontitis	1.7 (1.0-1.8)	3.1 (1.1-3.5)
Periodontal BOP > 30% sites affected	3.2 (2.0-3.3)	3.4 (2.1-5.6)
Diabetes	1.2 (1.0-1.8)	1.9 (1.0-2.2)
Time since placement of supra-structure > 42 months	-	-
Maintenance visits < 6 months	-	-

Unadjusted and adjusted odds ratio (OR) and 95% confidence intervals (CIs) for the risk of peri-implant mucositis and peri-implantitis. OR and 95% CI are obtained from multinomial logistic regression analyses using individuals with healthy peri-implant tissues. BOP, bleeding on probing.

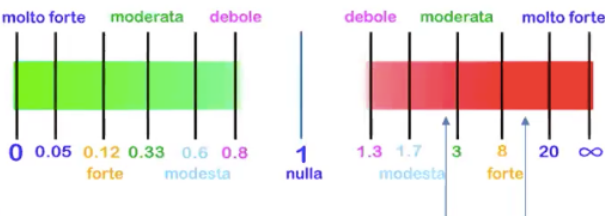


Table 2. Association between peri-implant mucositis, peri-implantitis and independent variables

Variable	n = 212 (100%)	Healthy (%)	Peri-implant Mucositis (%)	Peri-Implantitis (%)
Age (years)*				
≤45	70 (33.0)	34.29	58.57	7.14
>45	142 (67.0)	22.55	67.60	9.85
Gender*				
Male	115 (54.2)	18.27	70.43	11.30
Female	97 (45.8)	36.09	57.73	6.18
Plaque score* (median)				
Good (0.3)	43 (20.28)	41.87	55.81	2.32
Poor (1.3)	123 (58.01)	25.21	66.66	8.13
Very poor (2.5)	46 (21.71)	15.31	67.39	17.3
Periodontitis*				
Yes	30 (14.2)	30.01	43.33	26.66
No	182 (85.8)	25.83	68.13	6.04
Periodontal BOP*(%)				
>30	165 (77.8)	26.67	64.24	9.09
≤30	47 (22.2)	25.53	65.96	8.51
Diabetes*				
Yes	29 (13.7)	17.25	58.62	24.13
No	183 (86.3)	27.87	65.57	6.56
Time since placement of supra-structure* (months)				
>42	95 (44.8)	27.37	63.16	9.47
≤42	117 (55.2)	25.64	65.81	8.55
Maintenance visit				
≤6	94 (44.3)	29.79	61.70	8.51
>6	118 (55.7)	23.73	66.95	9.32

*p < 0.05. BOP, bleeding on probing.

tessuto sono di tipo aspecifico, dunque arrivano i neutrofili, in un secondo tempo i macrofagi, insomma tutto quello che si studia specificamente all'università. Dopo 3 settimane, al 21° giorno, dal punto di vista istologico la gengiva e la mucosa perimplantare sono assolutamente equiparabili nel caso di un'inflammatione. Il problema sta nel fatto che la mucosite perimplantare si è vista insorgere con un indice di placca inferiore rispetto alle gengiviti e danno un indice di sanguinamento maggiore: in realtà c'è anche un aumento del sondaggio perimplantare in questa fase, ma in assenza di esame radiografico non sappiamo se ci troviamo di fronte a una mucosite oppure a una perimplantite, perché la diagnosi sappiamo bene essere radiologica. Il momento del sondaggio perimplantare per quale motivo si verifica? Perché dal punto di vista istologico in realtà il tessuto



perimplantare e quello gengivale sono assolutamente differenti in termini di presenza dei fibroblasti. Il ruolo dei fibroblasti sappiamo essere la produzione di matrice extracellulare e dunque di conseguenza andare a tamponare quelli che sono i processi distruttivi dell'inflammatione. Dunque noi abbiamo l'inflammatione con un "combattimento" in atto del nostro organismo nei confronti di un agente: mentre il nostro sistema immunitario va a combattere l'agente eziologico, i fibroblasti vanno a risolvere le problematiche distruttive messe in atto dall'inflammatione. Se i fibroblasti sono di meno, come nel caso delle problematiche implantari, l'equilibrio tra distruzione e riparazione è alterato e dunque l'infiltrato infiammatorio migra apicalmente, anche se sappiamo bene non arrivare all'interno del tessuto

connettivo, quindi resta sempre confinato in quel millimetro/millimetro e mezzo di epitelio giunzionale che abbiamo tra il connettivo e l'epitelio sulculare. In ogni caso clinicamente si può avere la guarigione a 21 giorni, anche se non è del tutto vero: a livello istologico abbiamo ancora la presenza di infiltrato infiammatorio, abbiamo una consistente presenza di interleuchina beta, c'è ancora inflammatione presente nel tessuto, gli studi clinici ci dimostrano che questa si ristabilizza intorno al 69° giorno. Dal momento in cui tratto un impianto per una mucosite è vero che dalla terza settimana tutto è apparentemente a posto, ma per avere una vera restitutio ad integrum bisogna aspettare circa 69 giorni. Questo il paziente lo deve sapere: se dopo un po' infatti non pulisce bene quel punto, e a 3 settimane non ha dolore, fastidio o sanguinamento, si lascia un po' andare finendo in recidiva. La terapia è la rimozione/prevenzione della causa, ma bisogna anche tenere conto delle concause andando a indagare i fattori di rischio. Nella mucosite e nella perimplantite i fattori di rischio sono davvero numerosi. Sul banco degli "imputati", i fattori di rischio principali sono: - igiene orale, quindi la presenza

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

di biofilm

- terapie di mantenimento

Abbiamo diversi metodi per andare a verificare la presenza di placca all'interno del cavo orale: alcuni indagano in maniera sito-specifica, altri fanno una media di quanta placca c'è all'interno del cavo orale. Dal punto di vista del rischio, nel caso della mucosite perimplantare, in realtà non sono gli indici di placca medi di tutta la bocca che aumentano il rischio, ma sono gli indici di tipo sitospecifico. Maggiore è la quantità di placca, maggiore è il rischio di mucosite. Ciò a cui dobbiamo badare in caso di mucosite, a differenza della perimplantite, è proprio il fatto che nel punto in cui c'è l'impianto ci deve essere pochissima o "zero" placca.

Il paziente deve essere messo nelle condizioni tali da poter detergere le superfici protesiche per ridurre l'accumulo di placca in maniera sitospecifica.

Si è anche visto che nel momento in cui il mucosal tunnel è maggiore di 3 millimetri, andando a strumentare la superficie per risolvere la problematica senza smontare la

corona, la risoluzione è ritardata o assente: è più difficile risolvere una problematica nel caso in cui noi non andiamo a smontare la corona. Per chi fa il mio il lavoro questo è un problema nel caso di manufatti di tipo cementato rispetto a quelli di tipo avvitato.

Poi c'è l'altra faccia della medaglia: quanto incide che i pazienti facciano un corretto follow up in studio sul rischio di avere una mucosite o una perimplantite? Tantissimo.

Nel momento in cui non risolviamo la problematica e trascorre un tot di tempo, all'interno della mucosa perimplantare l'infiammazione migra in senso apicale. Il fatto di collocare il paziente con una tempistica di mantenimento adeguata all'interno di un protocollo previene questo tipo di condizione, cioè fa in modo che il tessuto sovracrestale, quindi il connettivo e l'epitelio giunzionale resti saldo sulle strutture protesiche o implantari nel caso di un "attacco". L'obiettivo è che il sigillo rimanga perfettamente intonso e l'infiltrato infiammatorio non riesca a raggiungere la porzione più

apicale. In un protocollo di igiene quadrimestrale sono situazioni che si possono tenere sotto controllo pur in mancanza di una perfetta igiene orale individuale.

Nel caso di presenza di un agente all'interno del tragitto transmucoso che non è biologicamente compatibile, i sistemi patologici che si mettono in atto se la problematica non viene risolta migrano verso una certa cronicizzazione. L'infiltrato infiammatorio varia e nella gran parte dei casi ci si può trovare di fronte a una fistola, mentre nel caso di problematiche risolubili da un punto di vista biologico, dunque dei batteri che possono essere fagocitati dai macrofagi e poi degradati, non si hanno dei fenomeni di necrosi, si può avere un ascesso nel caso nella manifestazione acuta, però difficilmente ci ritroviamo di fronte a una fistola. Questo deve rappresentare un campanello d'allarme. Eliminando la problematica, se intercettata, si ha una restitutio ad integrum. La risoluzione dei segni dell'infiammazione avviene nel 74% dei casi a 1 mese.

SIT (supportive implant therapy)

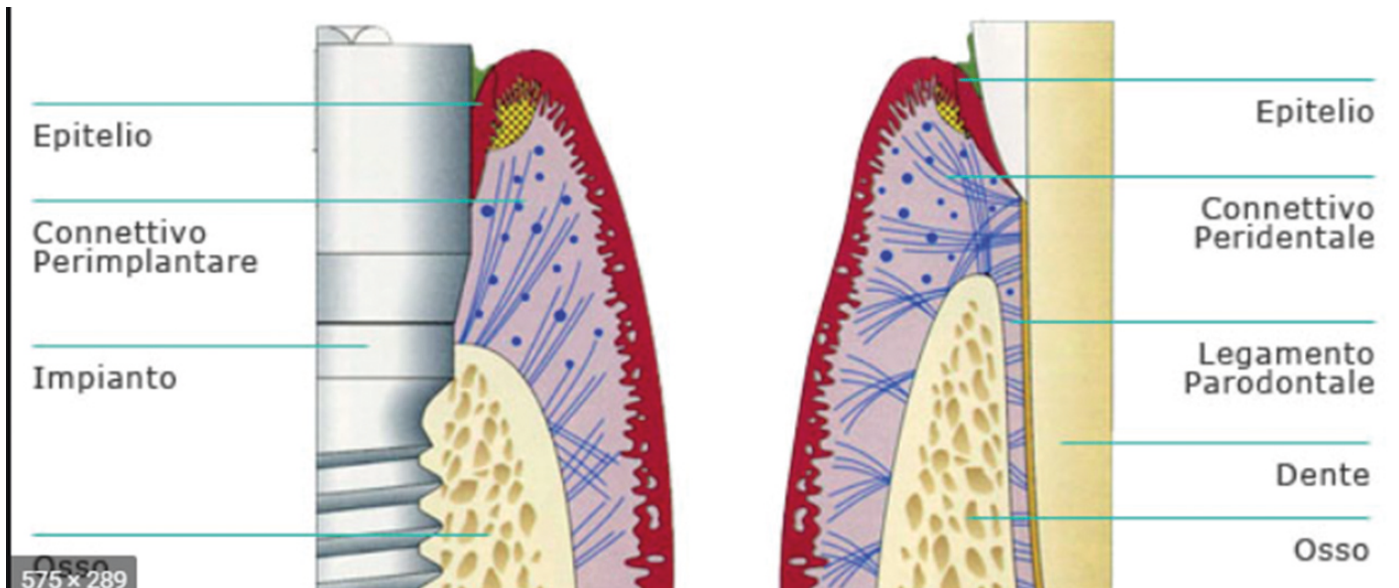
INCIDENZA MUCOSITE:

PAZIENTI IN SIT 18%

PAZIENTI NON IN SIT 43,9%

L'OSTEOINTEGRAZIONE È UN RISULTATO PREVEDIBILE

a cura di **Giulio C. Leghissa**
ODONTOIATRA IN MILANO
giulio.leghissa@gmail.com



Veniamo al cuore del problema: se siamo tutti d'accordo con l'affermazione "l'osteointegrazione è un risultato prevedibile", dobbiamo però fare un passo indietro e chiederci quale sia il risultato che vogliamo davvero raggiungere. L'obiettivo dell'osteointegrazione infatti non basta: bisogna ottenere l'integrazione tissutale, la completa protezione del nostro impianto da un punto di vista osseo con l'osteointegrazione e dei tessuti molli con la connettivointegrazione e l'epiteliointegrazione. Per raggiungere l'integrazione tissutale è necessario rispettare lo spazio biologico, l'aspetto decisivo del problema. Lo spazio biologico perimplantare è rappresentato da:

- 2-2.5 mm epitelio e solco
- 1-1.2 mm connettivo
- Totale: 3-3.7 mm

Lo spazio biologico rappresenta la dimensione corono-apicale dei tessuti molli necessaria per la salute perimplantare o parodontale, cioè lo spazio compreso tra il livello più alto del margine epiteliale e il livello della cresta ossea. Bisogna tenere conto della differenza sostanziale che c'è tra l'anatomia del perimplantato e quella del periodonto, una dif-

ferenza dovuta al fatto che il dente è circondato nella sua radice dalle fibre di Sharpey, cioè dal tessuto parodontale che si ancora al cemento. Nel perimplanto, invece, le fibre collagene si dispongono parallele, circondando il collo dell'impianto.

Questa differenza ne comporta a cascata un'altra: mentre il dente riceve sangue sia dai vasi sopracrestali che dai vasi sanguigni del parodonto, l'impianto riceve sangue solo dai vasi sopracrestali. Pare poco ma è tantissimo e si può sintetizzare così: la vascolarizzazione della gengiva e del connettivo parodontale deriva da 2 sorgenti diverse. In caso di necessità di cellule di difesa, al dente arrivano sia attraverso i vasi sopracrestali sia attraverso i vasi parodontali, all'impianto arrivano solo dai vasi sopracrestali. Quindi c'è un afflusso di cellule della prima linea di difesa molto inferiore e questo fa sì che l'infiammazione dei tessuti perimplantari evolva molto più velocemente di come evolva nei tessuti parodontali. Cioè, la perimplantite si aggrava molto più rapidamente di come si aggrava la periodontite. E ancora, nei tessuti perimplantari il danno evolve più velocemente che attorno ai denti naturali.

Dunque i vasi della mucosa perimplantare sono vasi terminali di vasi più grandi provenienti dal periostio dell'osso perimplantare. Nel parodonto sano i due sistemi sono indipendenti e si comportano come circuiti separati. In caso di infezione si crea un'anastomosi tra i due potenziando le difese.

In caso di infiammazione, la regione in cui avviene l'essudazione iniziale, con migrazione e accumulo dei leucociti, è la stessa per entrambi i tessuti, cioè a livello del plesso gengivale, ma è diversa la vascolarizzazione del tessuto connettivo.

Alla luce di quanto detto, emerge che esiste una zona senz'altro più vulnerabile: l'area compresa tra solco epiteliale e cresta alveolare. Proprio in questa zona noi andiamo a posizionare un gap tra impianto e abutment. In questo spazio, laddove è maggiore la necessità di protezione, noi mettiamo un gap che si riempie di patogeni.

L'influenza del microgap tra impianto e abutment è sempre negativa nella misura in cui consente un accumulo batterico e una moltiplicazione dei patogeni. Maggiore è lo

spazio disponibile per l'accumulo batterico, maggiore è il riassorbimento osseo che ne consegue. Non se ne parla tanto probabilmente perché la maggior parte delle case produttrici di impianti continua a offrire impianti con un gap all'interno dello spazio biologico.

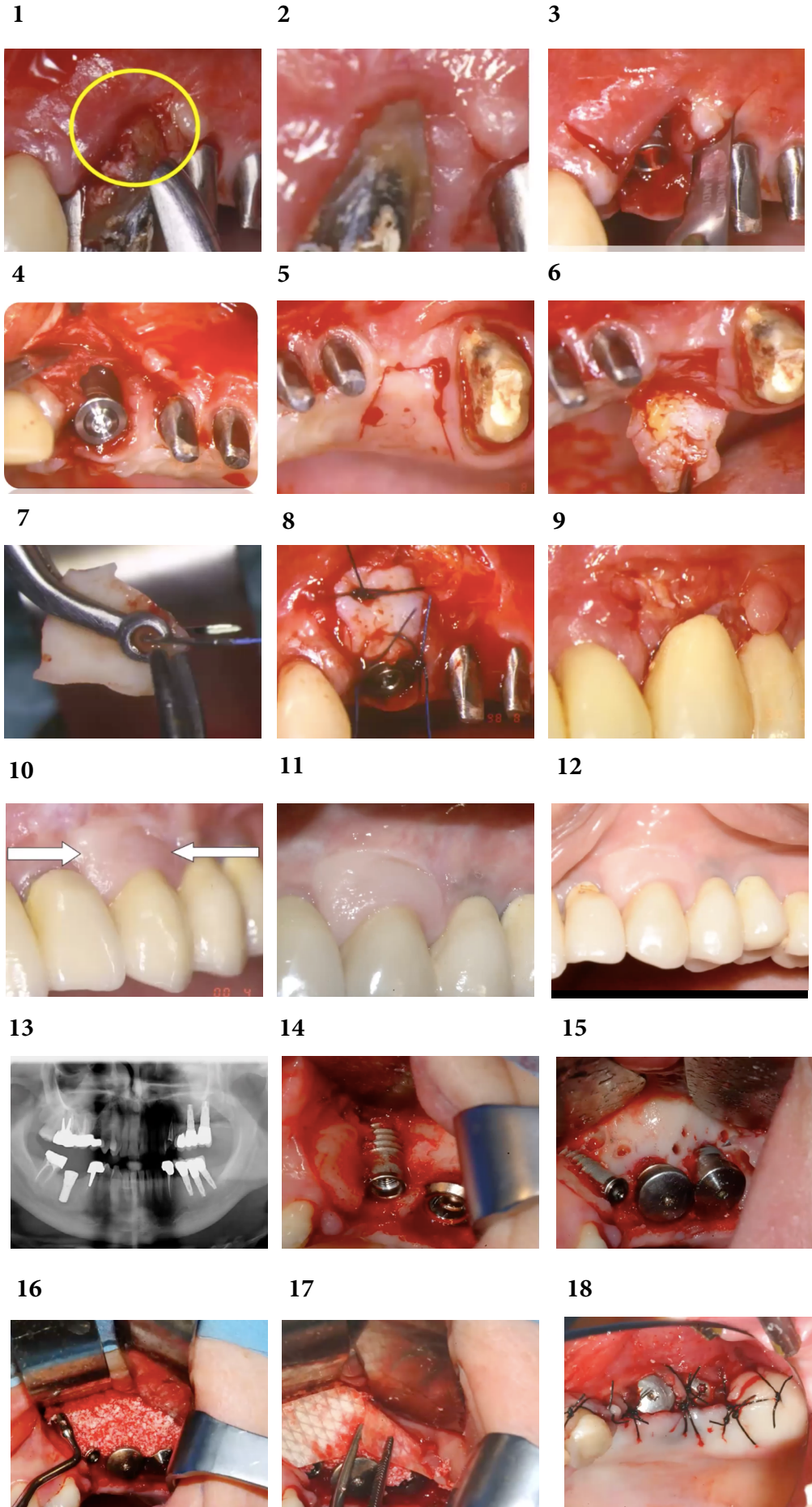
Esistono numerosi lavori che dimostrano una penetrazione batterica e di fluidi biologici tra i componenti di impianti endossei e sovrastruttura protesi avvitata (Bibliografia 1 - 2 - 3 - 4). Ecco perché noi dovremmo dedicare molta attenzione a cosa andiamo a mettere nello spazio biologico. Questo gap si riempie di patogeni indipendentemente dal tipo di connessione, forzati in chiusura come bicon o avvitati come Ankylos (Bibliografia 5). Inoltre la letteratura ci dice che è inutile puntare ad una precisione che riduca al minimo il gap perché la forza masticatoria produce una vibrazione che provoca un movimento della parte protesica che si ripercuote sull'abutment-impianto creando micromovimenti che riproducono il gap (Bibliografia 6).

Altra tematica importante riguarda le mucose cheratinizzate. E' vero che non è dimostrata una diretta responsabilità della presenza o meno di mucosa cheratinizzata nella determinazione di mucosite e perimplantite, ma è anche vero che l'assenza di mucosa cheratinizzata aumenta la presenza di flora batterica e di conseguenza aumenta il danno ai tessuti perimplantari.

Purtroppo non sempre abbiamo una buona quantità di gengiva aderente. Quando ciò avviene, e ce ne rendiamo conto subito quando stiamo posizionando un impianto, possiamo utilizzare egregiamente la metodica tradizionale della chirurgia parodontale, cioè possiamo fare un lembo libero.

In questo caso, si procede con l'estrazione del canino (foto 1), in una situazione con scarsa o nulla gengiva aderente (foto 2). Stiamo già operando (foto 3 - 4). Il paziente è sotto anestesia. Cosa ci impedisce di continuare per altri 10 minuti l'intervento e risolvere il problema in modo globale?

Prendiamo il tessuto dal palato (foto 5 - 6) e lo posizioniamo esattamente come faremmo su un dente natura-



le (foto 7 - 8).

A 8 giorni la guarigione è orribile (9). Due anni dopo non ci sono più tracce. Si può osservare una bella banda di tessuto aderente (foto 10 - 11) in grado di proteggere il nostro impianto.

A distanza di 5 anni e di 22 anni la situazione del parodonto è ancora ottimale (foto 12).

In un altro caso una paziente si presenta con due impianti in posizione 26 e 27 messi da un altro collega, l'osso praticamente non esiste più (foto 13 - 14).

Abbiamo rimosso gli impianti e ne abbiamo inseriti altri tre (foto 15 - 16), di cui 2 nelle posizioni 26 e 27 e un altro in posizione 25 per non dovere fare una estensione protesica.

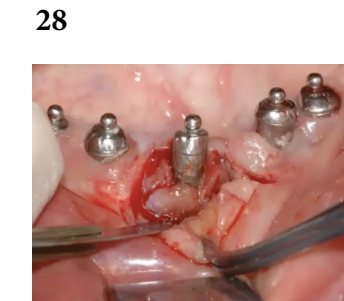
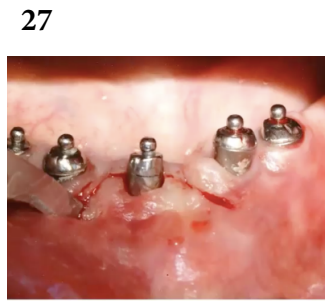
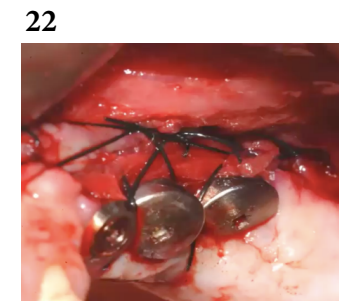
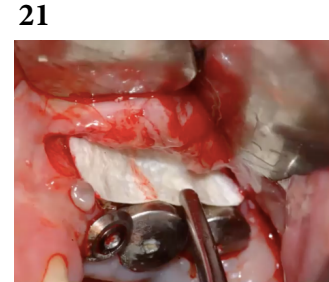
Si noti la quantità di superficie implantare che rimane esposta perché dove mancava il dente nel corso degli anni c'è stato riassorbimento. La cresta in questa zona era sottilissima. Cosa si fa in casi di questo genere? Si perfora abbondantemente la corticale per avere sangue midollare (foto 17 - 18), riempimento con materiale eterologo (Bio-oss), copertura con membrana riassorbibile (Gore XT4), riposizionamento e sutura del lembo.

A tre mesi dall'intervento, si osserva ancora la mancanza di gengiva aderente (foto 19): si procede con lo scollamento del lembo per osservare la totale rigenerazione sull'impianto in 25. A questo punto il lembo viene posizionato apicalmente (foto 20) e si lascia esposta una membrana Dyna Matrix (foto 21 - 22), senza ricoprire con il tessuto, in modo che il tessuto possa riprodursi, aggrappandosi sulla membrana riassorbibile (foto 23 - 24).

In un altro caso, la causa potrebbe non essere il cemento, ma una lesione tipo perimplantite: questa paziente è portatrice di overdenture. Si presenta in studio lamentando dolenzia. Il sondaggio a carico dell'impianto in zona 42 è di 5 mm. (foto 25 - 26). Quando si evidenzia perdita ossea, la soluzione è chirurgica.

1) incisione intrasulcolare e incisioni di rilassamento verticali (foto 27)
2) scollamento del lembo fino a completa esposizione della lesione (foto 28)

3 rimozione del tessuto infiammatorio



4 Asportazione del metallo di superficie e delle spire dell'impianto. L'impianto, a questo punto, deve essere lucido e splendente.

5 Finita la detersione meccanica, si misura la profondità della lesione

6 - Copertura abbondante con materiale eterologo

7) Posizionamento di membrana riassorbibile

8) Sutura
9) Guarigione nel tempo (anche 18 anni dopo)

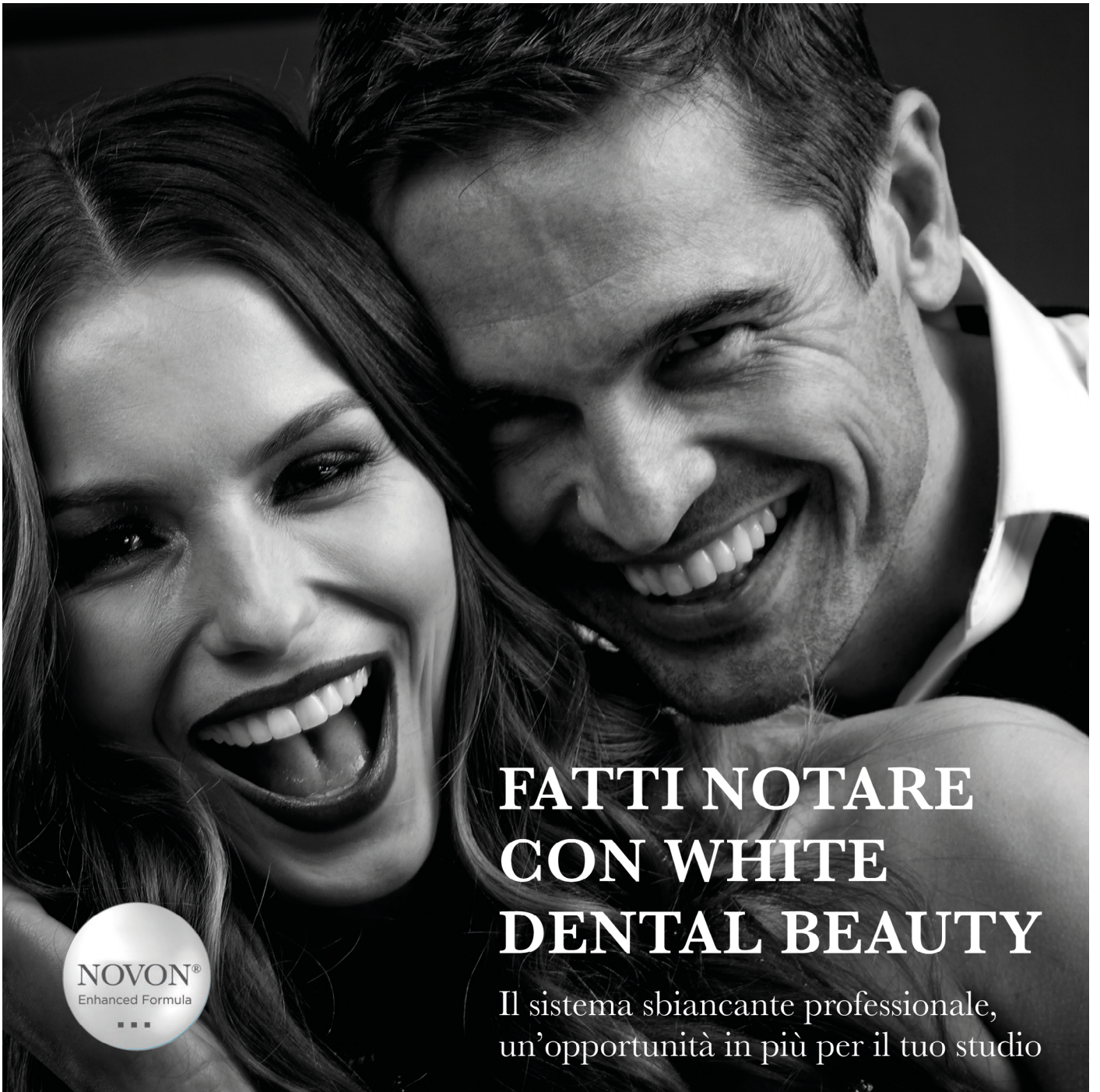
Questo significa fare terapia chirurgica

gica delle perimplantiti.

La sopravvivenza dei 55 impianti trattati è stata: da oltre 7 anni fino a + di 15 anni, dell'81,3%.

BIBLIOGRAFIA
[1] D Weng, MJ Hitomi Negata, M Bell, LG Nascimento del Melo, AF Bosco "Influence of microgap location and configuration on peri-implant bone morphology in nonsubmerged implants: an experimental study in dogs" Int J oral Maxillofac Implants, 2010 May-Jun;25(3):540-7

[2] G.Orsini e al:"Tissue reaction, fluids and bacterial..." Int.J.Oral Maxillofac.



FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

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



Il segreto

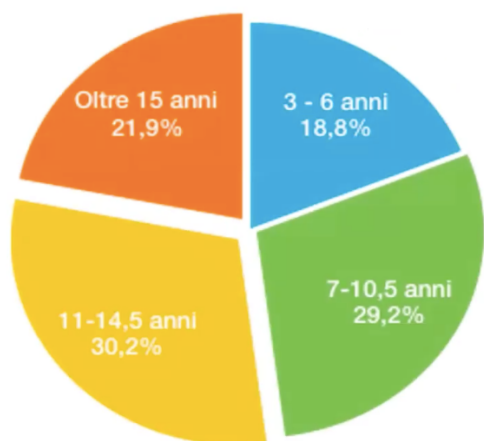


di uno splendido sorriso



PERIODO di sopravvivenza	Percentuale
3 - 6 anni	18,8%
7-10,5 anni	29,09 %
11-14,5 anni	30,9 %
Oltre 15 anni	21,81 %

Sopravvivenza



L'81,3% degli impianti è sopravvissuto tra i 7 anni dall'intervento, fino a più di 15.

Impl. 2000;15:283-286

[3] G.Orsini e al: "Tissue reaction, fluids and bacterial..." Int.J.Oral Maxillofac. Impl. 2000;15:283-286

[3] Piattelli A, Scarano A, Paolantonio M, Assenza B, Leghissa GC, Di Bonaventura G, Catamo G, Piccolomini R: "Fluids and microbial penetration in the internal part of cement-retained versus screw-retained implant-abutment connections" J.Periodontology 2001; 72:1146-1150

[4] JP Aloise, R Curcio, MZ Laporta, L Rossi, A Da Silva, A Rapoport "Microbial leakage through the implant-abutment interface of Morse taper implants in vitro" Clin Oral Impl Res 2010;21:328-335

[5] Wahl G, Lang H: "Deformation at the implant interface to prosthetic superstructure: an interferometric approach" Clin.Oral Impl.Res 2004; 15:233-238

[6] Warren k, Buser D, Lang NP, Karing T, "Plaque-induced or absence of keratinized mucosa. An experimental study in monkeys" Clin. Oral Impl Res 1995 Sep; 6(3):131-138.

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

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

Sessione Odontoiatri - Igienisti dentali - ASO

Venerdì 2 Luglio

- 08:30** Registrazione partecipanti
Saluto Presidente Nazionale
- 09.00** Dott.ssa Maria Grazia Cannarozzo
Saluto Autorità
Inizio Lavori
- 09.30** A.PIATTELLI - A. CIPOLLINA
"Malattia parodontale e peri-implantite. L'acido 5-delta-aminolevulinico: un trattamento sicuro, non invasivo e rigenerativo?"
- 10.00** M. MARRONE
"I 5 errori più frequenti in endodonzia; come evitarli?"
- 10.30** A. ABBINANTE
"La terapia parodontale non-chirurgica in era COVID19: il punto di vista dell'Igienista Dentale"
- 11.00** COFFEE BREAK
- 11.30** G.C. LEGHISSA - F. TURCHET CASANOVA
"Trent'anni di GBR - Esperienze e Considerazioni"
- 12.00** P.M. MANDRILLO
"Skin-Dental Rejuvenation Therapy: nuovi protocolli in Medicina Estetica e Odontoiatria"
- 12.30** M.G. CANNAROZZO - G. PAMICH
"Lo Studio Odontoiatrico in tempi di pandemia Covid 19 e i DPI"
- 13.00** LUNCH



Sessione Odontoiatri - Igienisti dentali - ASO

Venerdì 2 Luglio

- 14.30** V. ROSSI
"La chirurgia dei tessuti molli su denti naturali ed impianti"
- 15.00** F. ZANETTI
"Tabacco riscaldato, sigaretta elettronica e tabacco per uso orale: risultati da studi di laboratorio sull'impatto sulla salute orale e estetica dentale"
- 15.30** M.V. AQUINO
"Endo news: tecniche predicibili e ripetibili"
- 16.00** F. MAGENGA
"Cos'è cambiato nella professione"
- 16.30** COFFEE BREAK
- 17.00** A. PUMA - D. PUMA
"Il flusso digitale nell'Implantologia a carico immediato: un protocollo semplificato, veloce e poco invasivo"
- 17.30** SESSIONE SHORT COMMUNICATIONS
STUDENTI CLOPD - UNIVERSITA' CT-ME-PA
- 18.45** FINE LAVORI

ISCRIZIONI

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario intestato a COIAIOG Servizi Srls
BancoPopolare

IBANIT92A0503416903000000002751

È possibile inviare la scheda di iscrizione via e-mail a segreteria.nazionale@coiaiog.it o su www.coiaiog.it

Importante: Per ogni iscrizione verrà rilasciata regolare fattura, si prega quindi di indicare il proprio codice fiscale e/o partita IVA. Non verranno accettate iscrizioni prive degli elementi per il rilascio della fattura e della documentazione attestante il pagamento.

Regolamento:

Il congresso è aperto a Medici, Odontoiatri, Igienisti dentali, Odontotecnici ed Assistenti alla poltrona.

Nel rispetto delle norme anti Covid-19 il congresso è a posti limitati, pertanto si consiglia l'iscrizione entro e non oltre il 20 giugno 2020.

LE ISCRIZIONI SI POTRANNO EFFETTUARE SOLO ONLINE

SOCI SEDI CENACOLO

Odontoiatri gratuito

Odontotecnici gratuito

Igienisti dentali gratuito

Assistenti alla poltrona gratuito

Studenti gratuito

QUOTE DI PARTECIPAZIONE (IVACOMPRESA)

Medici, Odontoiatri (senza crediti ECM) - €100,00

Medici, Odontoiatri (con crediti ECM) - €160,00

Soci AIO, AMMI, ANDI, ODON. CONV. EST. (senza crediti ECM) - gratuito

Soci AIO, AMMI, ANDI, ODON. CONV. EST. (con crediti ECM) - €60,00

Igienisti dentali (con crediti ECM) - €100,00

Soci AIDI e UNID (con crediti ECM) - €50,00

Odontotecnici - €50,00

Assistenti alla poltrona - €50,00

Assistenti alla poltrona soci SIASO - €30,00

Studenti AISO - gratuito

STUDENTI - gratuito

Cena di Gala - 2 luglio 2021 - €50,00

Evento ECM N 324445 crediti ECM 12

PREMIO A. MELLI

Verrà dedicata un'area della sede congressuale ai poster che rimarranno esposti per tutta la durata del Congresso. IL POSTER MIGLIORE RICEVERÀ IL PREMIO ALESSANDRO MELLI

Sessione Assistenti

Sabato 3 Luglio

- 09.00** F. TOSOLIN
"L'ASO ed il grande contributo nel lavoro quotidiano che vede come obiettivo il successo dello studio odontoiatrico"
- 12.00** FINE LAVORI

3 ore certificate valide per l'aggiornamento obbligatorio ASO

MODERATORI:

Giulio Cesare Leghissa
Angelo Coin
Luigi Occhiuzzi
Santo Cordovana
Francesco Riva
Domenico Strati
Vincent Rossi
Mauro Giacomi
Maria Vittoria Aquino
Alessandro Cipollina
Giuseppe Lo Giudice
Antonino Nicolò
Leone Praticò
Fulvia Magenga
Pietro Messina
Rosalia Leonardi
Giuseppina Cutroneo
Francesco Romano
Lucia Toscano
Carmen Martellaro
Salvatore Di Stefano

Sessione Odontoiatri - Igienisti dentali - ASO

Sabato 3 Luglio

- 09.30** G.C. CAMPISI - V. PANZARELLA
"Cancro orale e ritardo diagnostico: la chiave psicologica e il governo clinico del team multi-disciplinare"
- 09.30** G. LO GIUDICE - R. LO GIUDICE
"La scansione digitale nelle riabilitazioni occlusali. Potenziali e limiti"
- 10.00** G. RAMUNDO
"Gestione del caso estetico: opzioni di terapia e fattori che ne influenzano la stabilità nel tempo"
- 10.30** P. TRABALZA
"La prevenzione: obiettivo del presente e del futuro"
- 11.00** F. RIVA
"L'emostasi in chirurgia orale: nuove tecnologie"
- 11.30** COFFEE BREAK
- 11.45** SESSIONE AISO - SHORT COMMUNICATIONS
STUDENTI CLOPD UNIVERSITA' CT-ME-PA
- 13.30** FINE LAVORI



***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

PROTOCOLLI OPERATIVI PER ASO: COME EVITARE L'INFEZIONE CROCIATA

Intervista a Fulvia Magenga Segretario Generale SIASO e ad Alessandra Terzo, Vice Segretario Generale del SIASO Confsal, che hanno coordinato il manuale per l'aggiornamento e l'informazione dei lavoratori degli studi odontoiatrici

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA, MILANO
filippotcasanova@icloud.com



Protocolli operativi

PROTOCOLLI OPERATIVI 01

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

01.



S I A S O

SINDACATO
ITALIANO
ASSISTENTI DI
STUDIO
ODONTOIATRICO

ADERENTE A
 CONFSAL

SIASO

Signora Magenga, Lei è il Segretario Generale del sindacato di categoria degli ASO. Era necessario fornire i lavoratori degli studi odontoiatrici del manuale che avete pubblicato?

Non solo era necessario mettere a disposizione degli ASO protocolli operativi che spiegassero come ci si dovesse comportare nello studio odontoiatrico in presenza della pandemia che stiamo vivendo, ma era d'obbligo per un sindacato fornire un supporto pratico che spiegasse cosa e come fare per prevenire l'infezione crociata in generale.

Signora Terzo, Lei ricopre il ruolo di

Vice Segretario Generale nel SIASO Confsal. È un ruolo impegnativo?

Tutti i lavori, se espletati in modo serio, possono essere anche faticosi. Per quanto mi riguarda il mio compito è quello di coordinare un gruppo di dirigenti, insieme con Fulvia Magenga che è troppo spesso impegnata a confrontarsi con le Regioni o con i ministeri del Lavoro o della Salute. Non è facile, se è quello che vuole sapere. Ci confrontiamo spesso io e Fulvia, ma poi, magari, non ci sentiamo per giorni. Poi a un certo punto suona il telefono e dall'altro capo la sua voce mi dice: "sai, penso sia giusto farci un

libro di quei protocolli che avevamo stilato l'anno scorso con Roberta Pegoraro". È un attimo e ti ritrovi a dover gestire molto lavoro di quella futura pubblicazione. Ma è solo un esempio. Fulvia sa coinvolgere, sa premiare e si interessa di ognuno dei suoi collaboratori.

Quindi, signora Terzo, Lei è soddisfatta dei contenuti del libro.

Direi proprio di sì. Non esisteva, fino alla pubblicazione del nostro libro, un manuale pratico con il quale potersi confrontare in caso di dubbi o lacune. Abbiamo scritto in modo semplice, parlato ai colleghi, non abbiamo dato il compito di scrivere ad autori che lo fanno di mestiere. Abbiamo provato a farlo noi ed è stata la prima volta.

Signora Magenga, abbiamo visto che tutto il Consiglio Direttivo del SIASO Confsal è stato coinvolto nel progetto letterario. Anche loro si sono detti soddisfatti del lavoro finito?

Tutto il Consiglio Direttivo è stato coinvolto dal primo momento. Tutti i membri del Consiglio hanno visionato il lavoro iniziale, hanno inviato costantemente contributi, commenti, pareri, e quando hanno letto il lavoro finale si sono detti soddisfatti e ci hanno messo la faccia. Non si sono limitati a firmare i protocolli; da pagina 149 a pagina 151 troverete le loro fotografie sorridenti e soddisfatte. Solo la mia foto non è sorridente, ma è una foto che mi piace e che mi identifica.

Signora Magenga, chi si è occupato della prefazione del libro?

Siamo soddisfatti di avere interessato persone che stimiamo e che ci stimano. La prefazione è stata affidata a:

- Dott.ssa Antonella Sparaco, Direttore U.O. ASST-Faatebenefratelli Sacco,
- Dott. Prof. Carlo Guastamacchia, Laurea Magistrale Honoris Causa in

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

Odontoiatria e Protesi Dentaria, Medico Chirurgo, specialista in odontoiatria e protesi dentale. Lib. Doc. Clin. Odont. Univ. Milano, Prof. Contr. Univ. Vita-Salute S. Raffaele Milano,

- Dott. Giulio Cesare Leghissa, Segretario Generale Sindacato Italiano di Odontoiatria Democratica

- Dott.ssa Maria Grazia Cannarozzo, Presidente Nazionale COI AIOG,

- Ing. Carlo Borghetti - Vice Presidente del Consiglio Regionale della Lombardia

- Carlo Monguzzi - Presidente Commissione Consiliare n. 8. Mobilità - Ambiente - Arredo Urbano - Verde Consiglio Comunale di Milano

- Carmelo Bifano - Presidente dell'Ente Bilaterale EBILP

Signora Terzo, chi ha avuto l'idea dei contenuti?

Quando Fulvia e Roberta Pegoraro si sentono telefonicamente ed intercronano numerose telefonate tra loro, significa che sta nascendo un progetto. L'anno 2020 è stato un anno duro per tutti. Tutti i membri del Consiglio direttivo, comprese io e Fulvia, siamo lavo-

ratrici del settore odontoiatrico e nei mesi di Aprile/Maggio stavamo utilizzando gli ammortizzatori sociali.

Molti studi dentistici erano chiusi. Non si trovavano i DPI e dovevano riorganizzarsi. Così, dopo averci pensato un po', Roberta Pegoraro ha avuto l'idea: perché non scriviamo dei protocolli operativi? Ci abbiamo messo un po'.

Non avevamo idea di quanto lavoro avremmo dovuto fare. Si scrive, si implementa, si controlla, si rilegge, si rilegge, si rilegge. L'ho già detto che si rilegge? Dopo una quindicina di riletture abbiamo deciso che si poteva anche andare in stampa.

Signora Terzo, Roberta Pegoraro ha fornito tutti i contenuti?

Moltissimi contenuti sono stati forniti da Roberta che molti anni fa ha lavorato anche come ASO, ma anche altre persone hanno collaborato, alla finalizzazione dei protocolli: il dott. Pietro Paolo Mastinu, consulente del



Settore Odontoiatrico e nostro insostituibile collaboratore, e l'avvocato Giovanna Gentile, che presta la sua opera di giuslavorista proprio nel SIASO Confsal.

È doveroso ringraziare anche chi si è occupato del progetto grafico del libro: il dott. Alessandro Marchesi e l'illustratrice, la dott.ssa Lucrezia Sabbioni, che hanno seguito tutta la revisione, collaborando attivamente e costantemente.

Ancora una cosa vorrei evidenziare: il libro è stato dedicato ad Emilia Grazia De Biasi che ha aiutato il profilo ASO a venire al mondo. Senza il suo impegno instancabile, la sua capacità di relazionarsi con i ministeri, mentre era presidente della sanità al Senato della Repubblica, il profilo ASO non sarebbe stato siglato ed oggi, molti lavoratori, non avrebbero potuto godere della dignità professionale che invece ora possiedono.

UN LAVORO EDITORIALE CONCRETO E ADEGUATO ANCHE ALLA PANDEMIA

di Filippo Turchet Casanova

Nella relativamente breve vita del lavoro dell'Assistente di Studio Odontoiatrico (che conta comunque mezzo secolo di storia) e nell'ancor più breve vita del profilo dell'assistente in Italia, ancora non avevamo avuto il piacere di assistere ad un simile evento editoriale: l'uscita di un manuale concreto, chiaro ed aggiornato sul lavoro di tutti i giorni dell'ASO.

Dopo aver dato un importante contributo nel traghettare gli ASO verso il riconoscimento, il SIASO compie un ulteriore passo nella diffusione della cultura del lavoro, della sicurezza e dell'aggiornamento delle figure senza le quali gli studi odontoiatrici non potrebbero funzionare in modo efficiente.

Ponendo doverosamente l'accento sui protocolli aggiornati ed adattati alla situazione Pandemica attuale, gli Autori e i Curatori (Roberta Pegoraro, Fulvia Magenga, Pietro Paolo Mastinu, Giovanna Gentile, Silvia Alessandra Terzo), ci portano per mano attraverso tutti i momenti operativi della giornata dell'Assistente. Dall'accesso dell'operatore ad inizio giornata, alla sanificazione, alla gestione di laboratorio e fornitori, alla disinfezione di macchina fotografica e radiografica, nulla viene trascurato. Inoltre, molto interessante la sezione dedicata a malattie professionali ed infortunio.

Questo manuale aiuterà gli ASO a crescere professionalmente, e da diritto ai tesserati SIASO a tutte le 10 ore di aggiornamento per l'anno di acquisto del manuale incluse nel prezzo.

Per acquistarlo, consultare www.siaso.it

IL VOLUME IDEATO E SCRITTO DA ASO: COME RICEVERLO SE ISCRITTI O MENO

Ecco le modalità di acquisto del libro per tesserati e non tesserati SIASO Confsal.

Sei tesserato SIASO e vuoi acquistare il volume? Sai che puoi avere anche le 10 ore obbligatorie annuali comprese nel costo del libro?

Devi fare così:

1) accedi alla tua area riservata sul sito www.siaso.it e clicca il pulsante dedicato

2) il volume ha un costo di 60 euro + 5€ contributo spese di spedizione = tot. 65€

Per ottenere le 10 ore di aggiornamento: (solo per i tesserati SIASO, aggiornamento obbligatorio ai sensi del DPCM /4/18 art.2.2 da svolgersi per l'anno in cui si è acquistato il libro, utilizzabile per il 2021 o per 2022).

1) dopo aver ricevuto il libro, si deve mandare una mail con i propri dati e con la richiesta del link per svolgere il questionario online a: siasocorsi@gmail.com

2) per ottenere le ore certificate si dovrà superare il test con 80% delle risposte corrette

Non sei tesserato Siaso, ma ti interessa ricevere il libro?

Prenota la tua copia a: prenotazione libro@siaso.it scrivendoci i tuoi dati, numero di telefono e indirizzo corretto, il volume ha un costo di 60 euro + 5€ contributo spese di spedizione = tot. 65€; ricordati che NON sono comprese le ore di aggiornamento obbligatorio che sono invece previste come servizio per i soli tesserati in regola con la quota annuale.

IMPORTANTE: Non puoi richiedere le ore successivamente alla prenotazione del libro, devi già essere tesserato al momento dell'acquisto.

WALTER PRATI, VIOLONCELLISTA E MUSICISTA ELETTRONICO

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

di **Mario Mariotti**

MUSICISTA

mario.mariotti@conservatorio.ch

Walter Prati è violoncellista e musicista elettronico, docente ai Conservatori di Como e Vicenza e organizzatore di performance multidisciplinari, da sempre interessato all'interazione fra strumenti musicali tradizionali e nuovi strumenti elettronici, frutto dell'applicazione informatica al mondo musicale. Si racconta rispondendo ad alcune domande sul proprio percorso artistico e sul proprio concetto di fare musica oggi.

È possibile acquistare e ascoltare gli eccellenti lavori discografici registrati da Walter Prati e prodotti da importanti etichette nazionali e internazionali collegandosi al sito www.walterprati.it

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

Come gran parte dei percorsi artistici si è articolano in momenti e "zone" molto diverse. Ho attraversato aree che vanno dal progressive dei primi anni '70, al jazz nelle sue forme più libere, alla musica classica, dalla contemporanea, all'improvvisazione e all'elettronica, dove sono approdato, almeno momentaneamente. L'aspetto per me interessante rimane il fatto che continuo ad accumulare spunti e stimoli da tutti i generi musicali con i quali ho avuto a che fare.

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

In ordine sparso: Jimi Hendrix, John Coltrane, Miles Davis, Pink Floyd, György Ligeti, Karlheinz Stockhausen, Bruno Maderna, Evan Parker, Soft Machine, Doors, Luigi Nono, Pierre Schaeffer, Barry Truax. Ho cercato di veicolare tutte le loro suggestioni in una mia



personale ricerca.

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

In verità non è un rapporto del tutto razionale. Si incontrano due mondi che pratico in modo differente. La musica con un bagaglio professionale solido e articolato negli anni e in diverse discipline; con il mondo visuale ho un approccio che parte dall'emotività e che viene sostenuto tecnicamente come conseguenza.

4. Hai pubblicato nel 2010 per Auditorium il libro "All'improvviso. Percorsi d'improvvisazione musicale". Parla della tua concezione di improvvisa-

zione in musica e sulle motivazioni che ti hanno spinto a raccogliere in un manuale le tue idee riguardanti l'argomento.

Il terreno dell'improvvisazione è decisamente accidentato e denso di trappole. Il termine porta con sé significati e contenuti che vengono considerati positivi e negativi dipendentemente da chi li usa e li contestualizza. Ci sono modalità di improvvisazione che stanno all'interno di estetiche e categorie musicali molto differenti. La musica antica, il jazz, il rock, il blues, per esempio, hanno modalità improvvisative che seguono certi criteri legati alla propria grammatica e sintassi musicale. Ciascuna di esse ha un portato decisivo per la qualità del musicista che la pratica e il fatto che il concetto di improvvisazione sia presente in tutti questi ambiti molto ci dice circa

l'importanza e la potenzialità del "saper improvvisare". Tuttavia esiste anche una pratica improvvisativa, nata negli anni '60, che vorrebbe travalicare e superare tutte le esperienze legate a specifiche modalità, dove anche la tecnica strumentale viene superata dall'impeto creativo. Qui il discorso si complica e si articola in modo dirompente creando malintesi, ambiguità che si riversano, poi, sia sui musicisti che sul possibile pubblico creando dei vicoli ciechi dannosi per tutti. Così, raccogliendo l'esperienza di quasi trent'anni di pratica musicale improvvisativa a fianco di grandi improvvisatori, ho voluto condividere alcuni punti fermi che ho trovato fondamentali all'interno del mio percorso.

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

Certamente sì. Vorrei consigliare un libro uscito recentemente di Giancarlo Schiaffini dal titolo "Errore e pregiudizio" (2019, editore Haze, collana Collisioni) dove vengono descritti i processi per i quali grandi errori hanno generato grandi scoperte e aperto percorsi fino a lì inesplorati.

6. Cosa ti ha spinto a concentrare la tua attenzione sulla musica elettronica facendone il tuo principale mezzo comunicativo ed espressivo?

La possibilità di "comporre il suono". La composizione del suono è un processo che, con lo strumento tradizionale, ha dei forti limiti. Con le tecniche di sintesi e manipolazione del suono la fantasia e la creatività nella ricerca del suono hanno un grandissimo spazio.

7. Dal 1990, con la Fondazione MM&T (Musica Musicisti & Tecnologia), produci progetti di ricerca sulla musica e lo spettacolo in genere. Vuoi parlarci di questa realtà molto attiva sulla scena milanese?

L'90 sono stati anni di grande sviluppo per il mondo dell'informatica musicale e, al tempo stesso, le apparecchiature professionali in genere e i computer con una potenza di calcolo significativa non erano accessibili a tutti coloro che volevano avvicinarsi alla composizione elettronica. Così il ruolo delle associazioni (MM&T nasce come associazione e si trasformerà alla fine degli anni '90 in Fondazione privata) fu quello di organizzare spazi attrezzati e aggregare compositori e musicisti, in genere, interessati all'elettronica. MM&T non solo ha svolto questo ruolo

lo "didattico e aggregativo", ma è stata punto di riferimento produttivo significativo per grandi enti musicali quali il Teatro alla Scala, il Teatro Comunale di Bologna, il Teatro Regio di Torino, Accademia Musicale Chigiana di Siena, con i quali ha coprodotto spettacoli e concerti nei quali l'elettronica aveva un ruolo primario. Per esempio, insieme al Teatro alla Scala sono state realizzate diverse composizioni di K. Stockhausen che richiedevano una ricostruzione informatica degli strumenti analogici utilizzati dal compositore negli anni '60 e '70. Brani che, altrimenti, non avrebbero potuto essere più eseguiti. Inoltre attività con enti esteri quali CCA di Glasgow, Akademie der Künste di Berlino, con festival internazionali di musica elettronica, contemporanea e jazz sperimentale oltre a collaborazioni con prestigiosi compositori italiani.

Con l'evoluzione tecnologia e la maggiore accessibilità degli strumenti digitali è venuta a mancare la necessità operativa che portava i musicisti a doversi appoggiare a una struttura esterna e, di conseguenza, il ruolo di MM&T è divenuto più progettuale rispetto alla programmazione di rassegne o singole produzioni artistiche. In questo senso negli anni si è rafforzato un forte legame istituzionale con il Comune di Milano, con la Regione Lombardia e con la Provincia di Milano (almeno fino all'esaurimento della sua funzione). Negli anni 2000 le crisi economiche hanno portato, necessariamente, a uno snellimento della

struttura della Fondazione, che è stata trasformata in associazione MMT Creative Lab, mantenendo per statuto l'eredità e la storicità operativa della Fondazione. In questi ultimi dieci anni l'attività della Associazione è stata costantemente rivolta alla sperimentazione artistica e, in questo senso, è rimasta punto di riferimento significativo all'interno del panorama musicale e culturale milanese e italiano. A prova di ciò ha sviluppato importanti partnership con SIAE (Società per il diritto d'autore), Fondazione CARIPLO, Comune di Milano, Regione Lombardia, Fondazione I Teatri di Reggio Emilia, Centro degli Studenti dell'Università di Padova, il Centro Tempo Reale di Firenze.

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

La presenza e l'interesse del pubblico sono il riflesso delle politiche culturali che i governi attuano all'interno del Paese e delle proprie comunità. Come sappiamo bene, la politica culturale italiana è frammentaria, non ha orizzonti temporali tali da permettere sviluppi programmati (orizzonti assenti anche nelle politiche industriali e per le infrastrutture, peraltro); non esiste una progettazione della didattica musicale a livello di scuola dell'obbligo. Le conseguenze di questo dissesto sono un disinteresse piuttosto diffuso, se non legato a qualche evento particolare extramusicale e le altalenanti iniziative spesso lasciate all'esclusiva iniziativa privata con ritorni di pubblico non decifrabili. Parlare di "estero" non è facile perché le condizioni di partenza, facendo specifico riferimento al nord Europa, sono molto diverse. Educazione musicale di buon livello in tutti gli ordini di scuole primarie e secondarie, attività culturali e musicali supportate istituzionalmente con finanziamenti mirati e alleggeriti da appesantimenti burocratici (altra caratteristica italiana) che evitano di far consumare risorse al comparto produttivo artistico. In effetti l'interesse del pubblico è più esteso, verrebbe da dire consapevole, il che alimenta una sempre attiva partecipazione. Non sono tutte "rose e fiori": il mondo musicale anglosassone è molto attivo, ma si sostiene soprattutto con il contributo privato e, come tutte



le situazioni, dipendenti dalle scelte di singoli "contribuenti", non sempre seguono logiche slegate dall'esclusivo ritorno economico, che è un ottimo stimolo, ma non può essere l'unico parametro valido. In genere le crisi economiche e finanziarie del mondo occidentale hanno portato, un po' ovunque, a delle forti contrazioni che obbligano a qualche cambiamento sostanziale nella visione della musica in tutti i suoi indirizzi. Musica commerciale, sperimentale, classica e di ogni genere, oggi, si devono confrontare con necessità ed equilibri differenti. Su questo non ci sono più dubbi.

9. All'interno della tua produzione discografica qual è la registrazione che più ti rappresenta?

Diciamo che la mia produzione discografica non è così estesa come lo è per gran parte dei musicisti attivi a livello internazionale. Ogni produzione ha rappresentato, per me, un momento particolare. Diventa difficile stabilire un primato: sono momenti differenti che ho voluto fissare nel tempo. Produzioni con Evan Parker, Giancarlo Schiaffini, Robert Wyatt, Thurston Moore, Alvin Curran oppure pubblicazioni di miei brani per ensemble o solisti hanno segnato questi momenti.

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

Credo che la cifra autoriale di un musicista rimanga perfettamente aderente al proprio suono e alle proprie peculiarità artistiche. Probabilmente in ambiti musicali dove è solo l'interpretazione

a portare questo segno diventa un discorso più sottile e complesso. Nel mondo dell'elettronica e dell'improvvisazione queste "cifre" sono decisamente più riconoscibili.

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

In effetti l'unica vera opportunità è una riflessione seria e accurata sulle proprie scelte artistiche, sull'emancipazione tecnica rispetto al proprio strumento o alle proprie tecniche compositive e certamente sul senso della musica che facciamo. Tutti elementi capaci di generare nuove progettualità per un mondo che, anche se contrariamente alle nostre aspettative, cambia. Quando si parla di cambiamento si tende a pensare un cambiamento del quale, in qualche modo, siamo già a conoscenza; tuttavia il cambiamento porta con sé elementi del tutto sconosciuti. Di ciò si ha una grande paura. Terrore direi.

12. Dalla fine degli anni '80 collabori con il celebre sassofonista inglese Evan Parker (uno dei numi tutelari dell'improvvisazione radicale europea). Vuoi descrivere in alcune parole come è nato questo sodalizio artistico e le caratteristiche del vostro fare musica insieme?

Nasce dal mio interesse nel mettere "in contatto" mondi differenti; del resto è la traccia che mi ha sempre guidato dal punto di vista artistico. Ricevetti una commissione per scrivere un brano per strumenti ed elettronica dal vivo nel 1988 utilizzando il sistema

4i progettato e realizzato all'IRCAM da Giuseppe Di Giugno. In quel momento il sistema era presso il CSC di Padova e, insieme a Mauro Graziani, stavamo esplorando le possibilità di uno dei primi sistemi digitali per la trasformazione del suono in tempo reale. Per quella commissione decisi che sarebbe stato interessante mettere a confronto due modalità operative diverse: la programmazione elettronica e l'improvvisazione strumentale. In realtà un primo esperimento era già stato fatto con Giancarlo Schiaffini l'anno precedente e così volli aggiungere alla presenza di Schiaffini quella di un altro grande innovatore. Negli anni '70 partecipai a un workshop tenuto da Parker e l'impressione fu grande; così l'occasione che si presentò mi parve propizia. Da allora abbiamo mantenuto una collaborazione stabile che ha portato alla formazione dell'Electroacoustic Ensemble, con il quale abbiamo realizzato numerose incisioni per ECM e suonato in tutto il mondo. Nel 2016 è stato prodotto un doppio CD che raccoglie la prima uscita in duo nel 1990 e una registrazione live del 2016, sempre in duo.

13. Quali sono i tuoi nuovi progetti in vista?

È in uscita un CD con il compositore e performer statunitense Alvin Curran, a cui seguiranno alcuni concerti; prossimamente una raccolta di brani per violoncello ed elettronica realizzati nel 2020 durante la chiusura forzata da marzo a maggio e altri ancora che ampliano ulteriormente il mio panorama musicale con giovani musicisti di diverse provenienze.



RS
MILANO

RS DI SPAIRANI

OTTICHE & ILLUMINAZIONE

SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA

VIA SAVONA, 41

20144 MILANO

www.rsmilano.it

02 474369

sede@rsmilano.it

Andando per ristoranti

DA LEO IL PESCE CHE SA DI MARE

a cura di Giulio C. Leghissa

Se amiamo il pesce che “non puzza di pesce” ma profuma di mare, possiamo andare “da Leo”, che si trova in via Trivulzio 26 a Milano.

In sala la signora Manuela, in cucina il marito e il figlio offrono una gamma di piatti classici assolutamente corretti: dalla insalata di mare al crudo, dai polipetti in umido agli scampetti bolliti, gli antipasti non sbagliano un colpo.

Nei primi spadroneggiano gli spaghetti: all’astice, ai calamari e scampi, alla pescatora, ma tenete un posticino per i secondi: dal gran fritto misto del giorno alle grigliate con scampi e calamari, all’astice, ai gamberoni, ai saraghi, alle orate, ai branzini. Oppure una cosa sfiziosa come gli scampi in guazzetto o il pesce alla livornese.

Ottima la Falanghina, il Greco di Tufo o il Fiano di Avellino.

Un locale semplice ma curato, con un servizio cortese ed efficiente.



DA LEO - Via Antonio Tolomeo Trivulzio, 24 - 20146 Milano - Tel. 02 40071445

UNA CENA PANORAMICA A PUSIANO

a cura di Fulvia Magenga - fulviamagenga@gmail.com

Chi vuole godere di un panorama esclusivo deve andare a mangiare da “Negri”, a Pusiano. Il ristorante possiede un grande spazio a bordo lago dove è possibile pranzare o cenare all’aria aperta.

Pusiano si trova accanto a Erba, in provincia di Como, non distante da Lecco e ancora meno distante dal lago del Segrino, località ispiratrice di Ippolito Nievo.

Oltre al panorama incantevole, si possono assaggiare le specialità lacustri come i missoltini, i lavarelli già presenti negli antipasti insieme alle giardiniere o ai nervetti, e l’immancabile pesce persico con il risotto. Anche gli gnocchi o i ravioli sono delicati e ottimi al palato.

La cantina, ben fornita, offre vini piemontesi, toscani, siciliani, campani, liguri, marchigiani, trentini, veneti, romagnoli, oltre che lombardi.

I dolci chiudono degnamente un buon pranzo, consumato tra la tranquillità del posto e la gentilezza del personale.



NEGRI - Via Mazzini 24, Pusiano (Co) - Tel. 031 655706 - info@ristorantenegri.it - ristorantenegri.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

