

Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 8 - 2019



Sialolitiasi

IL CALCOLO SALIVARE



Milano

Un convegno aperto
per la prevenzione
del cancro alla bocca

Un'occasione per fare il punto
della situazione su questa malattia
e soprattutto sull'importanza
di diagnosi e autodiagnosi precoci

Intervento

L'uso del tabacco
è un grave pericolo
per la vescica

La stretta correlazione tra inalazione
del fumo, neoplasia e altre importanti
patologie è ormai accertata
senza possibili margini di dubbio

Igiene orale

È sempre giusto
lo spazzolamento
immediato dei denti?

Secondo vari studi la saliva aiuta
a remineralizzare la superficie
dello smalto dopo un fattore
erosivo: quindi è meglio ritardare

Egregio signor Ministro, in Italia l'assistenza odontoiatrica è affidata ai privati per il 95% dei casi, mentre quella pubblica si limita a coprire le emergenze e le avulsioni degli elementi dentari. Pertanto, nonostante la presenza di alcuni presidi competenti e impegnati, la Sanità pubblica non riesce assolutamente a coprire i bisogni della popolazione. Ciò significa che il diritto fondamentale alla salute, sancito dalla nostra Costituzione, non viene garantito. Il Report dell'ISTAT, pubblicato il 6 luglio 2016, e intitolato "Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia", rende noto che nel 2013 solo il 32,3% degli Italiani si è recato dal dentista.

Non è realistico pensare che problemi come questo si possano risolvere puntando principalmente sull'estensione delle strutture pubbliche: il costo sarebbe esorbitante.

Il 16 dicembre 2010, l'On. Quartiani (capogruppo PD), dopo averci incontrati, aveva presentato una proposta di legge alla Camera dei Deputati sull'istituzione della figura dell'odontoiatra di famiglia. La stessa proposta di legge è stata ripresentata successivamente dall'On. Vinicio Peluffo. Il testo proponeva di impiegare gli ambulatori odontoiatrici privati per fornire un servizio pubblico. Questa sembra ancora oggi la sola via percorribile, con convenzioni, come accade per altre strutture private? In quale misura? Con quali costi?

La sola formulazione di questa ipotesi ha finora incontrato la più assoluta opposizione da parte dell'ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani), che difende a spada tratta la libera professione, intesa come difesa della corporazione, senza alcun interesse per le problematiche pubbliche e sociali. La posizione di ANDI si è da ultimo confermata con le posizioni assunte in relazione all'istituzione della figura

(SEGUE A PAGINA 14)

8



12



24



- 4 UN CASO CLINICO: LA SIALOLITIASI CALCOLOSI DELLE GHIANDOLE SALIVARI
- 6 LA NECROSI OSSEA DA BIFOSFONATI TRATTATA CON IL SUPPORTO DI PRP
- 10 IL CONGRESSO NAZIONALE DI SIASO DOPO LA FIRMA DEL NUOVO CCNL
- 12 CORSO DI TEORIA E PRATICA IMPLANTOLOGICA
- 14 NEWS ODONTOIATRICHE
- 17 IL FUMO DI SIGARETTA E IL CANCRO ALLA VESCICA
- 20 IL PIANOFORTE DI DUKE
- 23 ANDARE PER RISTORANTI: DAL POLPO DI BARLETTA ALLA PANISCIA NOVARESE

Il board editoriale



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



BRUNO BRIATA
Odontoiatra



FEDERICA DEMAROSI
MD, DDS, PhD



FULVIA MANGENGA
ASO



MANLIO DI GIOVANNI
Critico musicale

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 universita-
rio)
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 Tovaruu (professore universitario)
Leonardo Trombelli (professore universitario)
Filippo Turchet Casanova (odontoiatra)
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
Giulio Cesare Leghissa
giulioleghissa@blogspot.com
Direttore scientifico
Federica Demarosi

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



Geistlich
Biomaterials



Krugg



FARMACEUTICI DOTT. CICCARELLI S.P.A.
20138 Milano - Via Clemente Prudenziro, 13
Tel. 02 58072.1 - Fax 02 58012594 - www.ciccarelli.it

SISTEMA DI GESTIONE QUALITA' UNI EN ISO 9001:2015
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

I CALCOLI DELLE GHIANDOLE SALIVARI O SIALOLITIASI

Uno sialolito si forma per la precipitazione di sali di calcio (soprattutto carbonato di calcio e fosfato di calcio)

di **Federica Demarosi**
MD, DDS, PhD

Con sialolitiasi si intende la presenza di calcoli all'interno di una ghiandola salivare. L'ostruzione del dotto escretore, dovuta alla presenza del calcolo, o sialolito, è rinvenuta più frequentemente nella ghiandola salivare sottomandibolare. L'ostruzione, se non trattata, può portare ad una sialoadenite cronica.

Uno sialolito si forma per la precipitazione di sali di calcio (soprattutto carbonato di calcio e fosfato di calcio) attorno a un nucleo centrale formato da detriti cellulari o da mucina densa. Microscopicamente i calcoli hanno una struttura a lamelle concentriche o radiali; l'epitelio di rivestimento della parete del dotto che contiene il calcolo va spesso incontro a metaplasia squamosa.

I sialoliti possono essere localizzati dovunque nel sistema duttale, dal parenchima ghiandolare all'orifizio del dotto escretore. I calcoli sottomandibolari si formano di solito nel dotto della ghiandola, sono radiopachi e si rilevano all'esame radiologico. La regione di maggior riscontro di questi calcoli è il terzo distale del dotto di Wharton, in posizione iuxtapapillare.

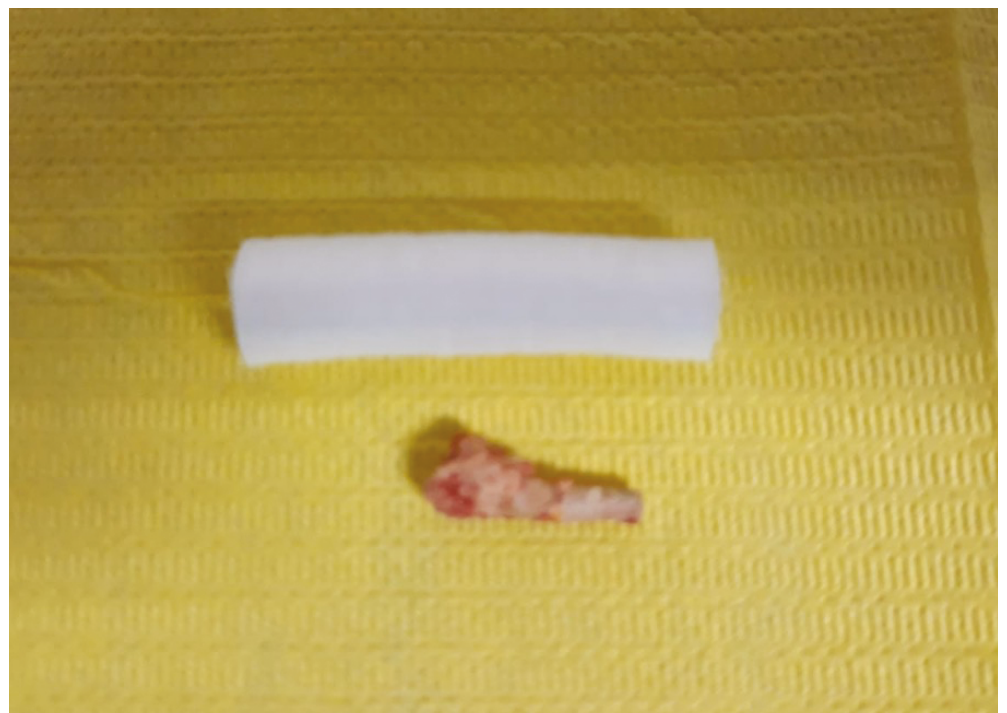
La tipica presentazione clinica di una calcolosi sottomandibolare è un dolore acuto con tumefazione del pavimento della bocca, che è più evidente in concomitanza con i pasti, cioè quando c'è un maggior stimolo alla produzione di saliva. Spesso si rileva un aumento di volume dei linfonodi sottomandibolari che possono essere dolenti. Molti casi di calcolosi sottomandibolare sono asintomatici o comportano una ostruzione cronica con progressiva atrofia e fibrosi della ghiandola colpita. In genere, il dolore e il processo infiammatorio, spesso associato a infezione della ghiandola colpita, inducono il paziente a rivolgersi al medico.

La diagnosi si basa sull'anamnestica recente, sulla sintomatologia riferita e sulla ispezione e palpazione della sede



SOPRA: ORTOPANTOMOGRAFIA CHE EVIDENZIA LA PRESENZA DEI DUE CALCOLI NEL DOTTO DI WHARTON

SOTTO: IL CALCOLO SUBITO DOPO LA RIMOZIONE





del dolore: pavimento della bocca per i calcoli della ghiandola sottomandibolare e mucosa geniena per i calcoli periferici della ghiandola parotide.

La terapia si basa sull'impiego di farmaci antinfiammatori, antibiotici e sulla rimozione del calcolo.

Per la ghiandola sottomandibolare, se i calcoli sono in una zona accessibile del dotto (distali alla regione di incrocio del dotto da parte del nervo linguale), possono essere rimossi chirurgicamente attraverso il pavimento orale. La sialografia è controindicata perché potrebbe causare uno spostamento

retrogrado del calcolo, tale da renderlo inaccessibile attraverso il pavimento orale.

I calcoli situati nel terzo prossimale del dotto o intraghiandolari, si rimuovono insieme alla ghiandola con un approccio extraorale. La litotripsia piezoelettrica con onde d'urto offre un'alternativa alla rimozione chirurgica dei calcoli salivari.

Caso clinico

Si descrive il caso di una paziente che si presenta in urgenza riferendo da circa un giorno dolore diffuso al terzo inferiore della faccia e aumento di volume

linfonodale.

All'esame obiettivo si evidenzia tumefazione in corrispondenza del pavimento della bocca, dolente alla palpazione. Alla palpazione della ghiandola non vi è fuoriuscita di saliva dal dotto di Wharton e si percepisce la presenza di una massa di consistenza aumentata nella parte terminale del dotto.

Si esegue radiografia panoramica che evidenzia la presenza di due calcoli di grosse dimensioni in corrispondenza della ghiandola sottomandibolare destra (Figura 1).

Si procede all'estrazione di uno dei calcoli, che viene spostato manualmente fino all'orifizio del dotto e fatto espellere (Figura 2). La paziente avverte immediatamente sollievo. Si mantiene la pervietà del dotto per prevenire esiti cicatriziali. Si somministra terapia antibiotica e antinfiammatoria per una settimana e dopo tre giorni viene spontaneamente espulso il secondo calcolo.

LA NECROSI OSSEA DA BIFOSFONATI TRATTATA CON IL SUPPORTO DI PRP

di **Giulio C. Leghissa**
ODONTOIATRA

INTRODUZIONE

I bifosfonati sono farmaci in grado di inibire l'attività degli osteoclasti e hanno un'elevata affinità per i cristalli di idrossiapatite. Per questo oggi sono ampiamente utilizzati per limitare il dolore e il rischio di fratture nelle metastasi ossee da carcinoma della prostata e della mammella o del mieloma multiplo, e per limitare il riassorbimento osseo nei casi di osteoporosi e ipercalcemia. (1)

Che cosa succede se un paziente trattato con bifosfonati viene sottoposto a cure odontoiatriche?

Nel caso, per esempio, di una banale estrazione dentale, il tessuto osseo mascellare perde la sua capacità di compensare il danno, può non guarire e andare incontro a necrosi. La presenza di microrganismi nel cavo orale facilita la conseguente sovrainfezione e rende conto dei quadri clinici rilevabili. (1)

I bifosfonati sono farmaci che agiscono diminuendo il riassorbimento dell'osso in modo molto efficace e per questo motivo sono ampiamente utilizzati nel trattamento dell'osteoporosi e di alcune patologie delle ossa come il mieloma multiplo e le metastasi ossee. Tale riduzione del metabolismo osseo, però, avviene in tutte le parti del nostro corpo, comprese le ossa mascellari. In queste sedi, se l'osso subisce traumi, rappresentati anche da semplici estrazioni di denti, può non essere più in grado di guarire.

Quello che succede è che la sede dell'estrazione non guarisce, si infetta per i numerosi microbi presenti in bocca e l'osso diventa necrotico (non più vitale). Si hanno quindi ascessi ripetuti, accompagnati da ulcerazione delle mucose orali con porzioni di osso necrotico esposto e visibile, che possono essere molto dolorose.

Le diverse molecole appartenenti alla categoria dei farmaci bifosfonati sono elencate di seguito. Alcune si somministrano per bocca, altre per via endovenosa, altre ancora per via intramuscolare.

MOLECOLE BIFOSFONATI

Acido alendronico: Adronat, Alendros, Dronal, Fosamax, Genalen

Acido clodronico: Clasteon, Climacod, Clodron, Clody, Difosfonal, Niklod, Ossiten, Osteonorm, Osteostab

Acido etidronico: Didronel, Etidron

Acido ibandronico: Bondronat, Conviva

Acido pamidronico: Amidrox, Aredia, Pamidronato disodico

Acido risedronico: Actonel, Optinate

Acido zoledronico: Zometa

Nella realtà clinica quotidiana esiste davvero un problema del quale preoccuparsi?

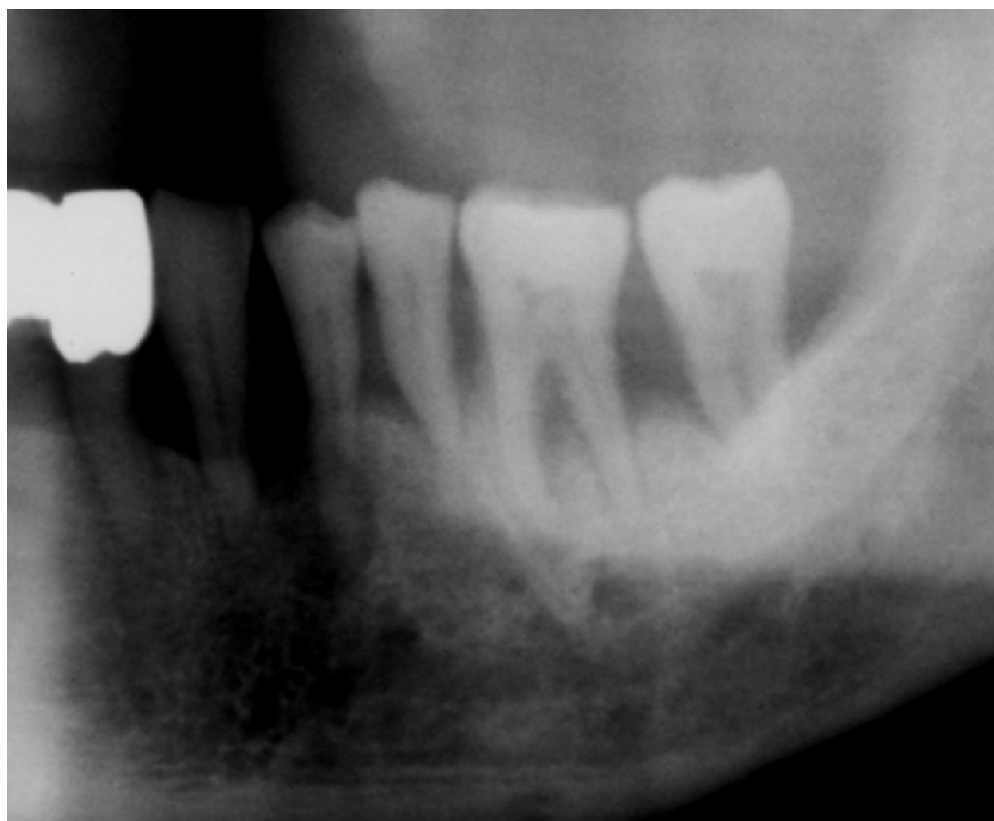
"Se sono state fatte estrazioni la frequenza calcolata di osteonecrosi, in pazienti che assumevano alendronato, è stata di 1 su 296/1.130 cioè dallo 0.09% allo 0.34%". (2)

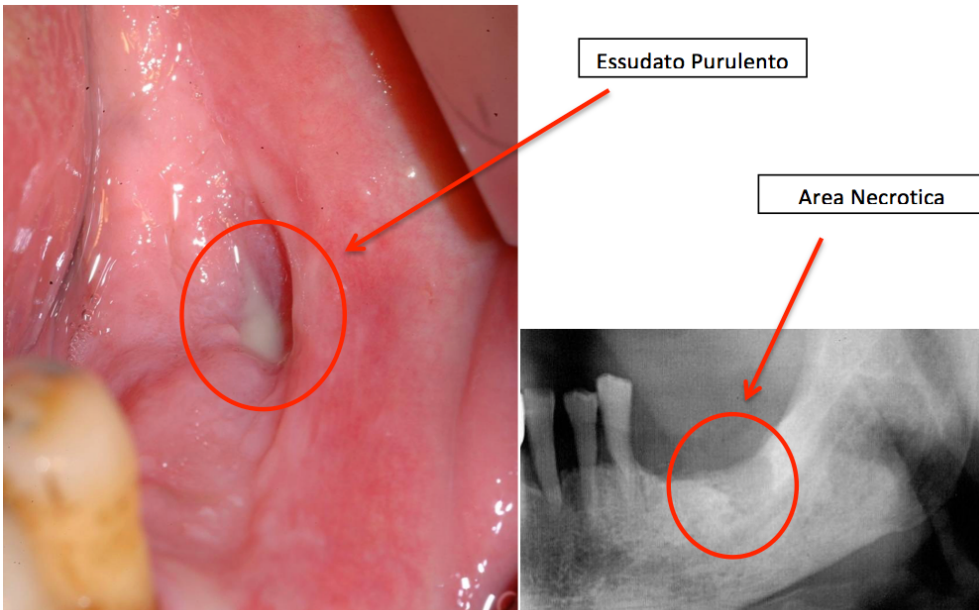
"29 casi di osteonecrosi sono stati riportati in pazienti trattati con alendronato (Fosamax), zolendronato (Zometa), pamidronato (Aredia). Di questi, in 15 casi l'osteonecrosi si è presentata dopo chirurgia orale, negli altri 14 casi è insorta spontaneamente". (3)

Gli autori hanno comparato la guarigione della ferita successiva all'estrazione dentale in partecipanti che avevano assunto bifosfonati con quelli di controllo che non erano stati esposti a bifosfonati. 53 partecipanti con bifosfonati e 39 di controllo senza. Lo studio dimostra che la guarigione della ferita post-estrattiva era decisamente più lunga nei partecipanti che avevano assunto bifosfonati, anche se il rischio di sviluppare osteonecrosi è basso". (4)

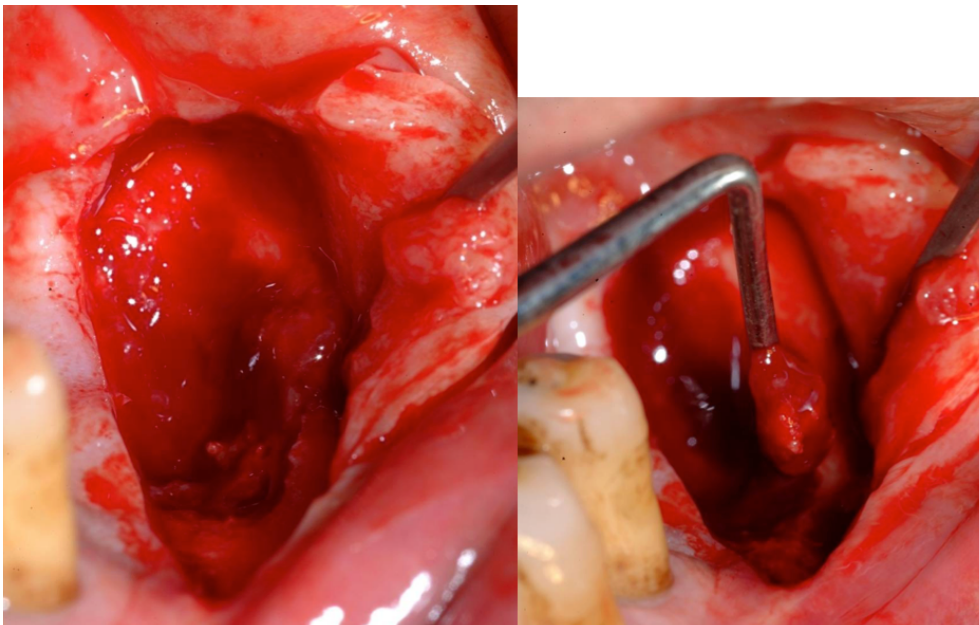
La buona notizia è che le "raccomandazioni" della British Dental Association dicono che:

"attualmente non è controindicata l'impiantologia nei pazienti in terapia con i bifosfonati (orali) ma è suggerito di ottenere dal paziente uno specifico consen-





dopo essere stato sottoposto a un trattamento non chirurgico di terapia parodontale, ha sviluppato osteonecrosi, confermata dalle immagini con beam che mostrano la presenza di una significativa lesione osteolitica. Il trattamento è consistito nella somministrazione di sciacqui di clorexidina, assunzione sistemica di doxiciclina, estrazione dei denti coinvolti, completo debridement chirurgico del sequestro e dell'osso necrotico. Le conclusioni degli autori sono che questo è, per quanto possibile saperne, il primo caso riportato nella letteratura di osteonecrosi da bifosfonati correlata conseguente a una seduta di terapia parodontale non chirurgica. Il rischio di osteonecrosi in seguito alle terapie parodontali non chirurgiche è sconosciuto e non si sa come prevenire queste complicanze. (7)



MATERIALI E METODI

Un paziente affetto da mieloma multiplo inizia la terapia con bifosfonati per via endovenosa (Risedronato 35 mg/settimana) nel dicembre del 2007.

Nel Luglio 2008 il collega che lo segue, di fronte ai ripetuti episodi ascessuali, decide di procedere con l'estrazione degli elementi 36 e 37 senza sospendere la terapia con bifosfonati.

Nel maggio 2009 compare un'esposizione di osso necrotico associata a sequestro osseo che viene rimosso. Il paziente viene sottoposto a terapia antibiotica con Velamox 2 gr/die per 21 giorni, iniziando una settimana prima dell'intervento. Dopo 2 mesi la ferita chirurgica non è guarita e permane un'esposizione di osso con essudato purulento, dolore e linfadenopatia.

Avendo letto il lavoro qui di seguito riportato ho deciso di procedere nello stesso modo: "La necrosi ossea da bifosfonati ha dimostrato di essere refrattaria al trattamento con antibiotici, al trattamento con sciacqui orali di clorexidina allo 0.12% e alla eliminazione locale chirurgica.

Il trattamento combinato con resezione marginale e PDGF (platelet derived growth factors) ha dimostrato di raggiungere risultati favorevoli fino alla completa guarigione della ferita nella maggioranza dei pazienti". (8)

Nell'Ottobre 2009 il paziente viene inviato da noi e si procede all'incisione a tutto spessore, apertura del lembo, delicato raschiamento del tessuto osseo necrotico sotto protezione antibiotica (Clindamicina 1200 mg die per 14 gg -

so informato dimostrabile". (5)

Per fare chirurgia implantare si suggerisce:

Sospensione dei bifosfonati da almeno 3 mesi, amoxicillina (1 gr. ogni 12 ore) per una settimana prima e due settimane dopo l'intervento, clorexidina 0.2% sciacqui ogni 12 ore.

"Il rischio di sviluppare BRONJ (Bisphosphonate-related osteonecrosis of the Jaw), anche se molto piccolo, sembra aumentare quando la durata della terapia supera i tre anni. Il clinico può prendere in considerazione l'interruzione del trattamento con bifosfonati per un periodo di tre mesi prima e tre mesi dopo una terapia dentale invasiva, per abbassare il rischio di BRONJ.

Nei pazienti che assumono bifosfonati per via orale, e che risultano asintomati-

ci, una elettiva chirurgia dento-alveolare non sembra essere controindicata. Si raccomanda che il paziente sia informato del basso rischio di una compromessa guarigione ossea.

Per gli individui che hanno assunto bifosfonati per via orale per meno di tre anni e non hanno clinici fattori di rischio, non sono necessarie modifiche o rinvii dei trattamenti chirurgici programmati, se necessari. Ciò include tutte ed ogni tipo di procedure comuni della chirurgia maxillofaciale, parodontale e gli altri trattamenti dentali". (6)

Recentemente, un articolo pubblicato sul J. Clin. Periodontol. prende in esame un case report di un paziente di 77 anni con osteoporosi trattata con iniezione sottocutanea di Denosumab. Il paziente,

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 predidibili e semplici da raggiungere.



REALE FIDUCIA

Le garanzie Straumann su cui contare, Roxolid® e SLActive®, predidibili 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



 **straumann**

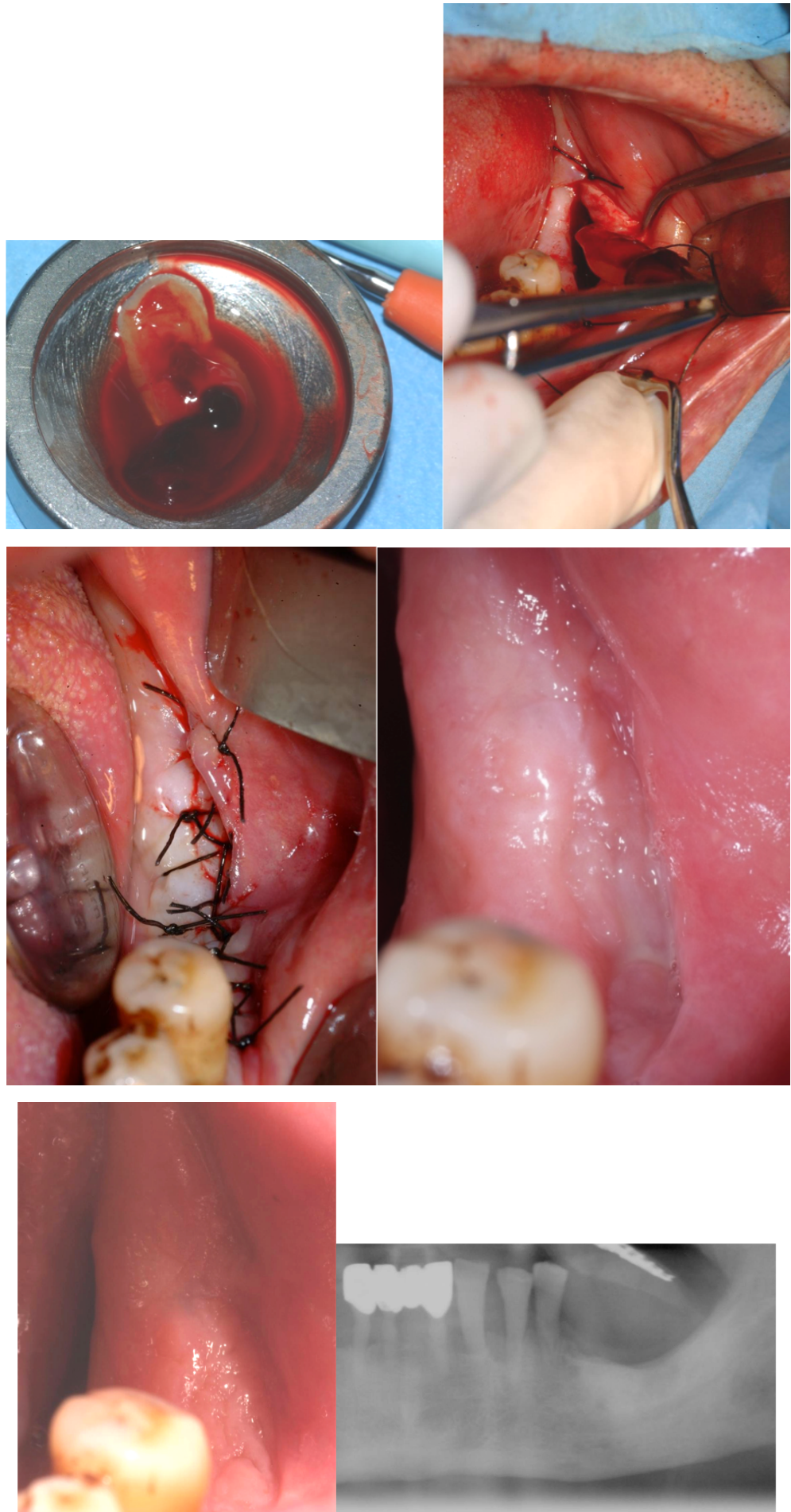
900 mg die per 7 gg – 600 mg per 7 gg. Il paziente viene controllato ogni 3 giorni e si applica corsodyl gel in situ. Sciacqui di clorexidina 0.20/2 volte al dì per 60". Si inserisce nel sito il concentrato piastrinico.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Dopo tale trattamento, possiamo ritenere il paziente guarito con restitutio ad integrum della mucosa, che appare rosea. Il risultato si mantiene nel tempo e, a un anno e mezzo, rx e evidenza clinica dimostrano l'avvenuta guarigione. Evidentemente, un "Case Report" non può essere sufficiente per dare indicazioni su un problema così importante e delicato, ma può suggerire un comportamento chirurgico che, in questo e altri casi, come visto nel lavoro di Adornato, può essere di grande aiuto ai pazienti. Ulteriori studi sono necessari per verificare questa ipotesi di trattamento.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) A. Sardella, F. Demarosi, G. Lodi: "Osteonecrosi dei mascellari da bifosfonati" *Dental Clinics*, 2006, n. 0: 1-4
- 2) Mavrokokki T, Chemg A, Stein B, Goss A: "Nature and frequency of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws in Australia" *J.Oral Maxillofac. Surg.* 2007; 65:415-423
- 3) Merigo E, Manfredi M, Meleti M et al: "Bone necrosis of the jaws associated with bisphosphonate treatment: a report of 29 cases." *Acta Biomed* 2006; 77:109-117
- 4) CA Migliorati, D Saunders, MS Conlon, HK Ingstad, P Vaagen, M J Palazzolo, B B Herlofson, "Assessing the association between bisphosphonate exposure and delayed mucosal healing after tooth extraction" *JADA* 2013;144(4):406-414
- 5) *Evidence Based Dentistry* vol 9 n.4: 2008
- 6) Ruggiero S.L, Dodson T.B, Assael L.A, Landesberg R, Marx R.E, Mehrotra B: "American Association fo Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws—2009 Update" *J.Oral Maxillofac Surg* 67; 2-12 2009 Suppl 1
- 7) Diniz-Freitas M, Fernandez-Feijoo J, Diz Dios P, Pousa X, Limeres J. "Denosumab-related osteonecrosis of the jaw following non-surgical periodontal therapy: A case report". *J Clin Periodontol.* 2018;45:570-577.
- 8) Adornato MC, Morcos L, Rozanski J: "The treatment of bisphosphonate-associated osreonecrosis of the jaws with bone resection and autologous platelet-derived growth factors" *JADA* 2007; 138; 971-977



IL CONGRESSO NAZIONALE DI SIASO DOPO LA FIRMA DEL NUOVO CCNL



Il 29 Febbraio 2020 avrà luogo il VII Congresso Nazionale del SIASO Confisal.

Il Consiglio Direttivo Nazionale darà il via ai lavori alle ore 09.00 in Sala Gaber, Palazzo Pirelli – Via F. Filzi n. 22 che termineranno alle ore 13.00. L'apertura del Congresso è affidata al Prof. Carlo Guastamacchia.

L'argomento centrale del Congresso riguarda il CCNL firmato dal SIASO e dal SIOD.

“È ora di far conoscere il nuovo CCNL per gli studi dentistici, perché si rivolge a lavoratori che vogliono migliorare, emanciparsi e studiare. Per questo abbiamo invitato al Congresso SIASO Confisal non solo i lavoratori, ma anche i datori di lavoro e i loro consulenti”, dice il Segretario Generale SIASO, Fulvia Magenga.

Sarà Pietro Paolo Mastinu, collaboratore del SIASO Confisal, a spiegare i contenuti innovativi del CCNL. In questa presentazione possiamo anticiparne alcuni:

- Indennità di professionalizzazione ad personam, intesa come riconoscimento delle competenze professionali acquisite nella pratica e nei percorsi formativi, certificati da centri di formazione accreditati;

- Preavviso attivo in caso di licenziamento non disciplinare come “status ponte” durante il quale verrà data comunicazione del licenziamento a tutti i soggetti che hanno la possibilità di favorire nuove opportunità di lavoro, quali l’Ente Bilaterale, l’Associazione datoriale, la Federazione sindacale, la Confisal, onde trasformare lo status del singolo lavoratore licenziato a lavoratore ricollocato;

- Formazione continua e innovativa in grado di sostenere l’innovazione e le nuove tecnologie nelle aziende e al contempo di intervenire sul reimpiego dei lavoratori toccati da obsolescenza di competenze e a rischio di uscita dal mercato del lavoro;

- Welfare, con particolare attenzione alla famiglia: asili nido, scuole per



l'infanzia, realtà educative pre e post orario di lavoro;

- Premio di risultato, collettivo o individuale, variabile in base a una serie di indicatori oggettivi misurabili definiti dalla contrattazione decentrata, forme di partecipazione dei lavoratori agli utili per le strutture sanitarie costituite in forma di impresa (ambulatori odontoiatrici) con modalità definite dalla contrattazione decentrata e dal contratto individuale di lavoro.

Aderendo a questo contratto, i lavoratori avranno a disposizione rimborsi significativi da parte della Cassa Assistenza Malattia, in seno all'Ente

Bilaterale EBILP.

Interverranno i Segretari Generali del SIOD e del SIASO Confsal, rispettivamente il dott. Giulio Cesare Leghissa e la signora Fulvia Magenga

Saranno Ospiti graditi al Congresso:

- Francesco Cagnasso, in rappresentanza di CONFSAL

- Carlo Borghetti, Vicepresidente del Consiglio della Regione Lombardia

- Paride Zappavigna, direttore Dental Equipe School

- Fabio Tosolin, presidente AARBA

- Carlo Monguzzi, in rappresentanza del Comune di Milano

Il moderatore del congresso è Pier Michele Girola, giornalista.

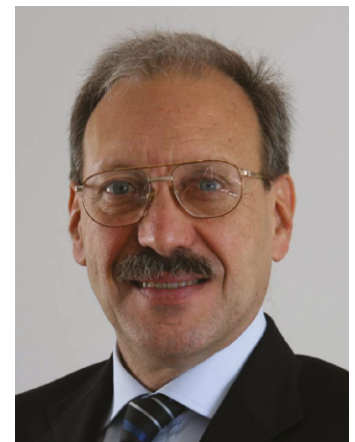
CONFSAL

La Confsal promuove il passaggio tra salario interamente monetizzato e retribuzione mista che include al suo interno anche beni e/o servizi, con particolare attenzione alla famiglia, mediante la predisposizione di strutture a latere della realtà aziendale, finalizzate all'allestimento di asili nido, scuole dell'infanzia e di altre realtà educative pre e post orario scolastico.

<http://www.ebilp.it/>

NELL'ALTRA PAGINA: CARLO GUASTAMACCHIA E FULVIA MAGENGA.

QUI SOTTO, IN SENSO ANTIORARIO: FABIO TOSOLIN, PARIDE ZAPPAVIGNA, CARLO BORGHETTI, GIULIO CESARE LEGHISSA, CARLO MONGUZZI, PIETRO PAOLO MASTINU



E.B.I.L.P.
Ente Bilaterale Nazionale delle Libere Professioni e del Settore Privato
Organismo Partecipato

HOME CHI SIAMO COME ADERIRE ALBO CONTATTI

SPORTELLO BILATERALE

Lo Sportello Bilaterale di Servizi, quale articolazione dell'Ente, svolge il ruolo di informazione e servizio per i Professionisti, Imprese, Lavoratori e Cittadini.

SPORTELLO BILATERALE DI SERVIZI

FONDO SALUTE INTEGRATIVO AL SSN
FONDO SANITARIO integrativo al SSN per i dipendenti aderenti all'E.B.I.L.P.

SEZIONE AZIENDE E CONSULENTI
Modalità di versamento - Software gestionale consulenti - Modulistica.

PIATTAFORMA SICUREZZA D.LGS. 81/08
Accedi alla piattaforma gestionale dei corsi per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro D.lgs. 81/08.



8/9 NOVEMBRE: UN NUOVO CORSO DI TEORIA E PRATICA IMPLANTOLOGICA

Lo scopo del corso è rivisitare, sul piano delle conoscenze teoriche, considerando le più aggiornate pubblicazioni scientifiche internazionali, e sul piano della pratica clinica chirurgica, partecipando in sala operatoria alla diretta esecuzione degli interventi, le attuali conoscenze per l'utilizzo della implantologia come strumento di soluzione delle più comuni problematiche del paziente odontoiatrico. I corsisti entrano in Sala Operatoria per assistere direttamente agli interventi (per questo motivo è richiesto agli stessi di portare camici sterili, sovrascarpe, mascherina, cappellino e guanti sterili). Gli ASO seguono le fasi di preparazione, esecuzione e riordino.

Presso: Studio Dentistico Ass. Leghissa Briata Demarosi - Via Sanzio 31, Milano
N° Partecipanti ECM: 20

ECM: Medico/Odontoiatra

Ore di aggiorn. ASO riconosciute da SIASO: 10 ore

Crediti assegnati: 14,3 Crediti ECM

Ore certificate ASO: accreditate 10 ore di aggiornamento

Per informazioni: 351.8388929
www.cenacolomilanese.it

ISCRIZIONE CORSI COM

Data* Socio COM:* Qualifica*

Corso COM per la quale richiedo l'iscrizione

DATI ANAGRAFICI

Cognome* Nome*

Partita IVA (in alternativa inserire "0")* Codice Fiscale*

CONTATTI PRINCIPALI

Telefono/Cellulare* Email*

Indirizzo* n°* CAP* Comune*

Fatturazione Elettronica* Codice SDI o indirizzo PEC (in alternativa inserire "0")*

Accettazione Privacy e trattamento dati personali:*

In riferimento al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che:
• art. 7 - comma 2 - lettera a) - I dati in nostro possesso sono stati da noi raccolti o tramite scheda di

Accetto

Invia



23 NOVEMBRE: CONVEGNO APERTO PER PREVENIRE IL CANCRO ALLA BOCCA



Sabato 23 Novembre a Milano, presso il CAM Garibaldi in Corso Garibaldi 27, dalle ore 9 si terrà un convegno informativo gratuito sul Cancro della Bocca. Il Convegno è aperto a tutti: sono invitati a partecipare cittadini, studenti, Igienisti, ASO e Odontoiatri. Nell'arco della mattinata si alterneranno quattro relatori: sarà un'occasione per fare il punto della situazione su questa malattia e soprattutto sulla sua prevenzione.

L'evento è patrocinato dal Comune di Milano e nasce dalla collaborazione tra

SIOD, SIASO, Università Statale di Milano, AIDI, ACAPO e COM.

L'iniziativa è stata preceduta da due giorni di campagna informativa nelle strade di Milano. I volontari hanno distribuito volantini e informato i cittadini su questa tematica le mattinate del 10 e 15 ottobre.

Per raggiungere la sala del convegno con i mezzi si può scendere alla fermata Lanza della M2 e percorrere un breve tratto di via Strehler fino a Corso Garibaldi.

SABATO - H 9.00
23 novembre 2019
CAM Garibaldi
Corso Garibaldi 27, Milano

Ti aspettiamo al convegno informativo

Interverranno

- Prof. Antonio Corradi
- Prof. Eugenio Romeo
- Carlo Borghetti
Vice Presidente del Consiglio Regione Lombardia
- Prof. Giovanni Lodi
- Prof. Andrea Sardella

Partecipano

Comitato Promotore da

Con il contributo di



Pronto?...Osteointegrazione?

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

NEWS

Ci ritroviamo al giorno d'oggi a utilizzare, per svariate ore al giorno, il telefono cellulare.

Questo, ormai da anni, solleva domande sulla presunta pericolosità dell'esposizione continua: anche il campo dell'implantologia non si è tirato indietro di fronte a tale domanda.

In questo studio pilota, pubblicato su JOMI, è stato valutato l'effetto dell'esposizione su 12 conigli con impianti inseriti nell'osso della tibia e del femore.

I 12 conigli sono stati divisi in 3 gruppi:

- Il gruppo 1 non è stato esposto a radiazioni elettromagnetiche;
- Il gruppo 2 è stato esposto alle radiazioni del telefono in modalità "conversazione" per 8 ore e per 16 ore in modalità stand-by;
- Il gruppo 3 è stato esposto per 24 ore continue in modalità stand-by.

In totale, il tempo di esposizione è stato 90 giorni.

Trascorso il tempo, i conigli sono stati sacrificati per valutare al microscopio il contatto osso-impianto.

Le conclusioni sono:



"nei gruppi test, rispetto al gruppo controllo, c'è stata una significativa differenza nella neo formazione di osso. Pur con le limitazioni di uno studio pilota, gli autori concludono che gli impianti esposti alle radiazioni del telefono cellulare mostrano una maggiore reazione infiammatoria rispetto agli impianti non esposti. Preliminarmente si può concludere che l'uso smodato del cellulare (tenuto vicino al corpo) potrebbe inficiare la matura-

zione dell'osso e ritardare l'osteointegrazione".

BIBLIOGRAFIA

Yalcin M, Kaya B, Lacin N, Ari E "Three-Dimensional Finite Element Analysis of the Effect of Endosteal Implants with Different Macro Designs on Stress Distribution in different Bone Qualities" JOMI vol 34 n. 3, 2019:642

(SEGUE A PAGINA 2)

dell'Assistente di Studio Odontoiatrico (c.d. ASO), definita a livello nazionale con il DPCM 9 febbraio 2018 (G.U. 6 aprile 2018).

Negli Studi odontoiatrici lavorano circa 120mila persone, che svolgono il compito di Assistenti. Dopo 30 anni di battaglie civili, culturali e politiche, il Ministero della Salute ha promosso l'emanazione del suddetto DPCM, nel quale vengono precisati i compiti dell'ASO e la relativa formazione. Nel DPCM si riconosce l'importanza del personale di assistenza per la qualità delle prestazioni e per la salute del paziente che si rivolge alla struttura privata. In contrasto con questo indirizzo del Ministero della Salute, l'ANDI ha creato - tramite un accordo che è ora parte integrante del CCNL degli studi professionali - una nuova figura professionale (CSO), i cui compiti coincidono con quelli previsti per l'ASO. Tale "creazione" dell'ANDI ha come unico obiettivo quello di sfuggire

agli obblighi di avere personale formato e qualificato, a discapito della sicurezza e della salute tanto dei pazienti quanto del personale. È infatti noto che gli operatori si trovano a contatto con il sangue e con liquidi biologici infetti. La creazione del CSO pone, pertanto, interrogativi anche circa i fondamenti giuridici e contrattuali della figura.

Il Sindacato Italiano di Odontoiatria Democratica (SIOD), di cui sono Segretario, è nato un anno fa allo scopo di condurre una battaglia anticorporativa, attenta alla dimensione pubblica della categoria odontoiatrica, quale parte integrante della Sanità italiana. Accanto al SIOD è nato il Sindacato Italiano Assistenti di Studio Odontoiatri (SIASO), di cui è Segretario Generale la Sig.ra Fulvia Magenga, che condivide la stessa piattaforma politico-culturale. Le saremmo grati se potessimo incontrarLa per illustrarLe personalmente le nostre piattaforme.

Aspettare prima di spazzolare i denti potrebbe essere inutile

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Studi in vitro e in vivo hanno finora oggi mostrato come attendere prima di spazzolare dopo l'esposizione a un fattore erosivo (uno su tutti, l'acido) possa ridurre l'abrasività di quest'ultimo atto.

Sarebbe infatti la saliva a giocare un ruolo determinante poiché contribuisce a remineralizzare la superficie dello smalto dopo un insulto chimico. Immediatamente dopo l'esposizione a un agente erosivo, lo smalto diviene più suscettibile e aggredibile dall'atto dello spazzolamento, e da qui è razionale chiedersi se sia il caso di spazzolare immediatamente i denti.

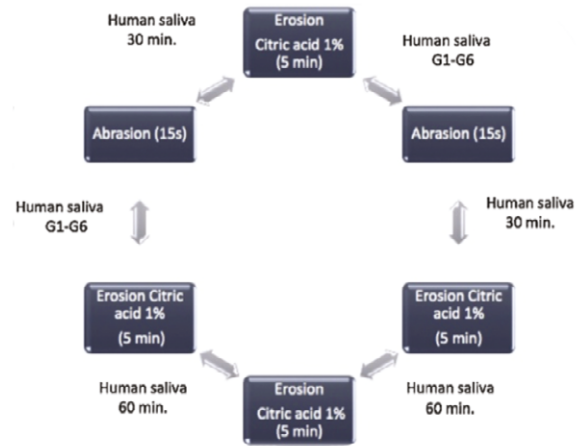
In questo studio in vitro lo scopo era valutare, nell'arco di 5 giorni, la perdita di superficie di smalto alternando l'immersione di alcuni campioni, in questo caso piccole sezioni di smalto ottenute da terzi molari, in un agente erosivo (acido citrico al 1%) successivamente nella saliva e poi all'abrasione dello spazzolino. Il modello dello studio è stato concepito come un ciclo che simula quello che quotidianamente accade ai denti.

Come prima cosa, il campione è stato esposto a un agente erosivo per 5 minuti. Successivamente, ogni campione è stato immerso in saliva per un tempo variabile: 0 minuti (G1), 30 minuti (G2), 60 minuti (G3), 90 minuti (G4), 120 minuti (G5), e 240 minuti (G6).

Dopodiché, si è proceduto ad abraderne ogni campione spazzolando 2 volte al giorno, usando uno spazzolino elettrico per 15 secondi esercitando al massimo una forza di 2N. Infine, si è nuovamente immerso alternativamente il campione in saliva e nell'agente abrasivo, fino a ritornare alla fase pre-spazzolamento. Lo studio conclude che, almeno in questo modello in vitro, non è determinante quanto si attende prima di spazzolare dopo aver esposto i denti a un agente erosivo: bisognerebbe rivalutare l'abitudine di postporre lo spazzolamento.

BIBLIOGRAFIA

Lopes RM, da Silva JSA, João-Souza SH, Maximiano V, Machado AC, Scaramucci T, Aranha ACC. Enamel surface loss after erosive and abrasive cycling with different periods of immersion in human saliva. Arch Oral Biol. 2019 Sep 5;109:104549



Che cosa succede ai muscoli masticatori nel corso del tempo?

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Come tutti i tessuti, il tessuto muscolare risente degli effetti del tempo.

In questo studio su modello animale è stato studiato come questi cambiamenti possano avvenire a livello biochimico, fisiologico e istologico su 14 topi da esperimento.

Sono stati suddivisi in due gruppi, animali giovani e animali adulti è stato fatto lo studio istologico dei campioni.

I soggetti adulti presentavano, rispetto ai soggetti giovani, muscoli con un minor numero di vasi sanguigni e vasi di calibro sensibilmente inferiore, una maggior quantità di collagene di tipo I nella composizione del muscolo (a discapito dell'ela-

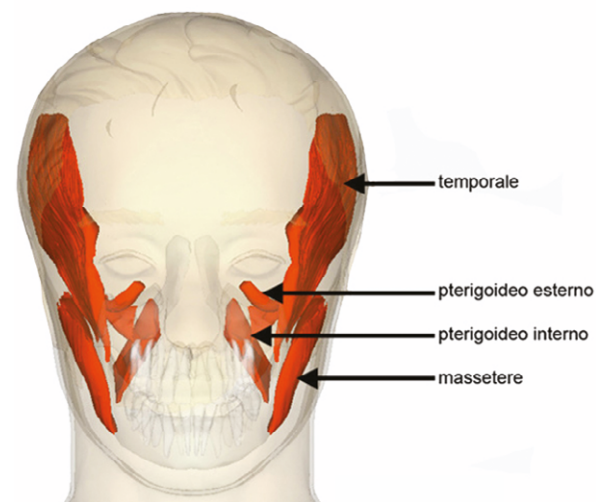
sticità del tessuto) e una maggiore reattività metalloproteinasi della matrice di tipo II.

Questo insieme di fattori fa concludere agli autori che anche nell'uomo questo cambiamento nei muscoli possa portare, in età più avanzata, a complicazioni funzionali e a una conseguente maggiore suscettibilità al dolore muscolare per il sovraccarico funzionale.

BIBLIOGRAFIA

A Study Of Chewing Muscles: Age-Related Changes In Type I Collagen And Matrix Metalloproteinase-2 Expression, Mustafa Cicek Mehmet Kemal, Archives of Oral Biology, oct 19

I MUSCOLI MASTICATORI NELL'UOMO



Dr. Ciccarelli
dal 1821

S.O.S.[®] DENTI

RIGENERA & PROTEGGE LO SMALTO

DENTIFRICIO E SIERO SENZA PARABENI, SLS E TRICLOSAN
con INSTANT ACTIVE PHOSPHATE Rigenerante e Rinforzante



Dalla ricerca Ciccarelli, la soluzione combinata per rigenerare lo smalto.

La matrice minerale dei denti viene normalmente rigenerata fisiologicamente da calcio e fosfato presenti nella nostra saliva. Giorno dopo giorno però lo smalto dei denti si consuma e può nascere il problema della ipersensibilità dentinale. La ricerca **Dr. Ciccarelli ha trovato la soluzione**, un utilizzo combinato di siero e dentifricio con Instant Active Phosphate che favorisce la rigenerazione dello smalto.

COME FUNZIONA:

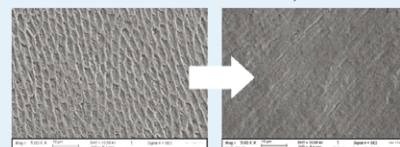
Instant Active Phosphate stimola i fenomeni di rigenerazione e riparazione dello smalto replicando la composizione dei cristalli di calcio presenti sui denti, rilasciando inoltre in modo prolungato ioni fluoro attivi come inibitori della demineralizzazione.



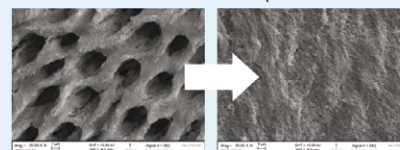
I RISULTATI DEI TEST:

“L’azione di S.O.S.[®] DENTI DENTIFRICIO è efficace a lungo termine e soprattutto nell’indurre la formazione di nuovi cristalli su quelli di smalto naturalmente presenti nello smalto. L’apporto di ioni calcio, fosfato e fluoro aiuta a ripristinare la fase inorganica dello smalto erosa durante i processi di demineralizzazione acida. L’azione di S.O.S.[®] DENTI SIERO REMINERALIZZANTE comporta il deposito di un nuovo strato di materiale al di sopra della fase minerale nativa.”

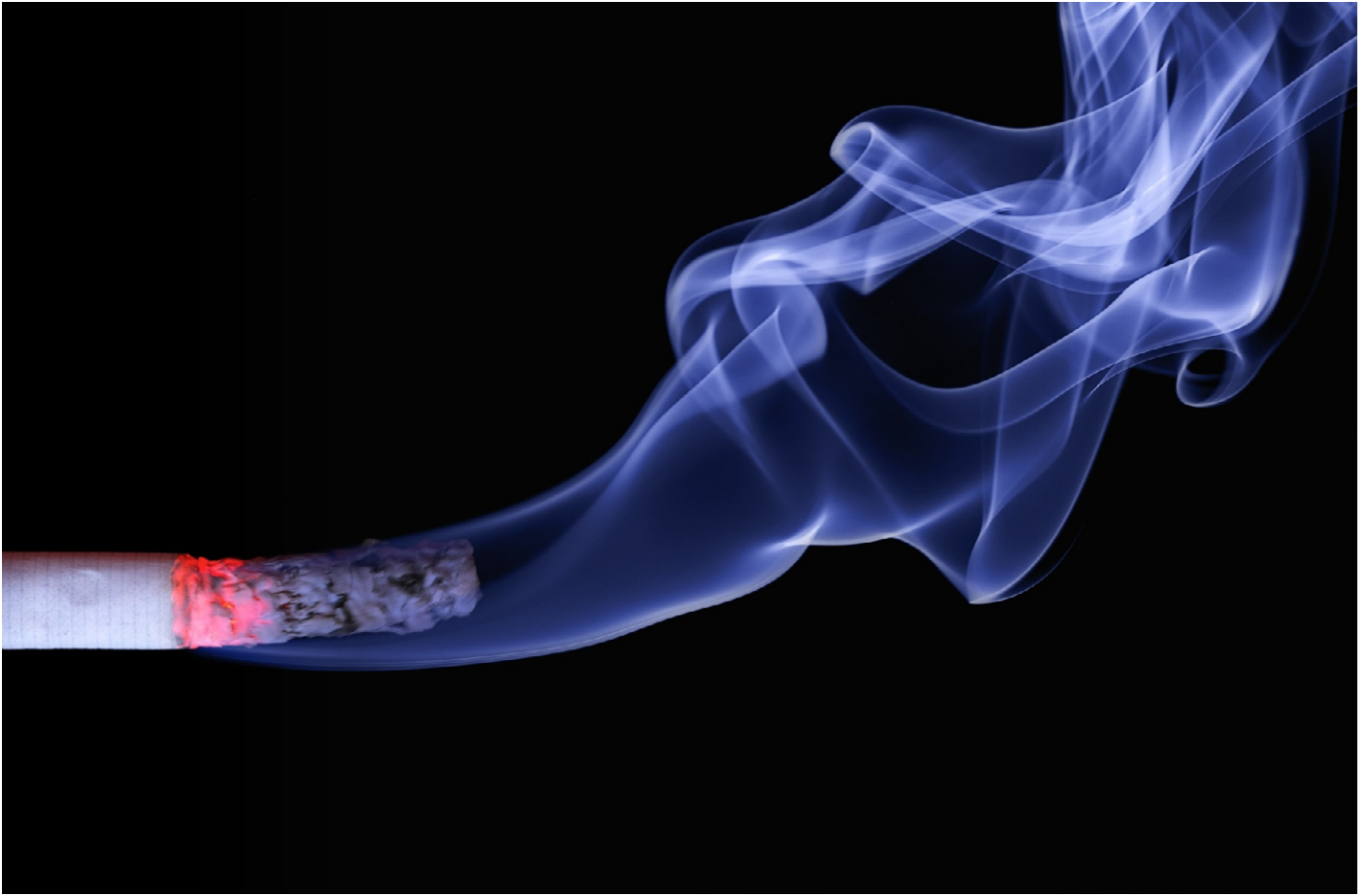
Con S.O.S.[®] DENTI DENTIFRICIO dopo 2 settimane.



Con SIERO S.O.S.[®] DENTI dopo 1 settimana.



Test in vitro condotti presso autorevole Centro di Ricerca Nazionale su slabs di denti bovini demineralizzati



FUMO DI SIGARETTA E TUMORE DELLA VESCICA

di **Piero Larcher**

MEDICO UROLOGO

La nicotina è una sostanza vegetale psicotropa contenuta nelle foglie di tabacco che viene assimilata dall'organismo per via inalatoria e digestiva e provoca una forte dipendenza fisica e psicologica. La nicotina è da considerarsi a tutti gli effetti una droga, anche se è da sempre in libera vendita e a volte è distribuita dallo Stato in regime di monopolio e si configura quindi come "droga di Stato".

Negli anni Novanta, grazie anche a una convincente pubblicità e alla influenza dei media, gli esponenti delle classi benestanti e le persone di successo erano rappresentati come accaniti consumatori di costose sigarette e fragranti sigari che venivano accesi da gioielli in oro e argento e spenti in posacenere di cristallo. L'intellettuale era raffigurato mentre caricava di tabacco la

sua pipa e la fumava mentre pensava e risolveva importanti dilemmi esistenziali. L'uomo d'azione, astuto e coraggioso, fumava nervosamente la sua sigaretta prima di lanciarsi nella azione più temeraria e il cowboy virile e sano dopo una lunga cavalcata inalava con soddisfazione il fumo della sua Marlboro*. Ciò aveva effetti deleteri sulla popolazione.

Fortunatamente, nel nuovo secolo il consumo di tabacco è considerato dai più come un'abitudine nociva, costosa, inquinante e dannosa per gli altri a causa del fumo passivo. La riprovazione sociale per i fumatori è notevole in Europa e, per esempio, un commensale che a fine pasto chieda "da fastidio se fumo una sigaretta?" è considerato con riprovazione e stupore come se avesse chiesto "da fastidio se rutto e scorreggio?"

Il legislatore ha recepito questa nuova sensibilità sociale volta alla difesa dei minori e dei non fumatori dagli effetti dannosi della inalazione passiva dei fumi emessi appunto da chi fuma. Ha recepito la necessità di ostacolare una pratica che nuoce gravemente alla salute collettiva. Pertanto sono state emesse disposizioni che vietano il fumo di sigaretta in tutti i luoghi pubblici chiusi. Ciò ha portato a una ghettizzazione dei fumatori che vengono in pratica rinchiusi in box di vetro in aeroporto o in zone esterne agli edifici pubblici per poter fumare.

Attualmente la riprovazione sociale per i fumatori è elevata e l'abitudine al fumo è sempre più appannaggio delle classi sociali più deboli e dei giovani. In effetti, la vita del fumatore medio italiano diviene sempre più dura e mortificante per le limi-

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

tazioni nei ristoranti, nei cinema, sui mezzi pubblici e sul luogo di lavoro e per le conseguenze per la salute, come esplicitamente indicato su tutti i pacchetti di sigarette ed evidenziato da immagini estremamente esplicite e violente che rivestono i pacchetti stessi.

TOSSICITA' DEL TABACCO

Ogni anno in Italia si ammalano di neoplasia della vescica circa 20.000 uomini e 5.000 donne: in tre quarti dei casi si tratta di un fumatore di tabacco.

Chi fuma tabacco contenuto in sigarette, sigari, pipa, narghilè ha un rischio aumentato di 5 volte di sviluppare un tumore vescicale rispetto a chi non fuma e non è sottoposto al fumo passivo in casa e negli ambienti di lavoro.

Le oltre 4.000 sostanze tossiche e potenzialmente cancerogene sprigionate dal fumo delle sigarette, una volta inalate e giunte negli alveoli polmonari passano nel sangue e giungono in ogni organo. Effettivamente, i fumatori di pipa, di sigaro e di narghilè inalano solo i fumi della combustione del tabacco e non le sostanze tossiche contenute nella cartina che avvolge il tabacco delle sigarette.

Le patologie correlabili al tabagismo sono: Neoplasie del polmone, rene, vescica, seno, pancreas, stomaco, esofago, cavo orale, sarcoma di Kaposi.

Malattie croniche: BPCO (bronco pneumopatia cronica ostruttiva) enfisema, asma, aterosclerosi con le patologie da essa indotte come IMA (infarto miocardico,) Ictus, Deficit erettile.

Inoltre danni al feto e al neonato di madre fumatrice, infertilità maschile e maggior incidenza di Alzheimer.

CONCLUSIONI

La stretta correlazione tra inalazione del fumo di tabacco e l'elevata maggior incidenza di neoplasie e di malattie croniche gravi e invalidanti è provata scientificamente oltre ogni ragionevole dubbio. Le politiche sanitarie e le campagne di sensibilizzazione sono pressanti e ben congegnate. Una volta tanto il legislatore è stato tempestivo ed efficace e l'opinione pubblica sembra essere ben orientata. È necessario quindi intensificare ogni sforzo per prevenire il fumo nei giovani e nelle classi sociali più deboli.

Ta nicotina è una sostanza vege-

effetti deleteri sulla popolazione.



Terapia endoscopica e chirurgica della neoplasia vescicale

Schematicamente:

1) La terapia endoscopica cioè la asportazione per via transuretrale delle neoformazioni contenute nella vescica è un atto chirurgico imprescindibile in ogni caso di sospetto tumore vescicale e ha sempre uno scopo di identificazione e di stadiazione della malattia e spesso può ottenere l'eradicazione completa della malattia tumorale.

2) Se al contrario la malattia è troppo estesa e o si approfonda troppo estesamente nella parete vescicale è necessario eseguire una chirurgia demolitiva di una parte o addirittura di tutta la vescica. In questo ultimo caso il problema più grave consiste

nella creazione di un nuovo serbatoio che sostituisca la vescica medesima. Attualmente la tendenza è quella di preservare al massimo la vescica con terapie integrate trimodali.

Per terapie trimodali si intende l'esecuzione di reiterate resezioni endoscopiche del tumore vescicale associate a cicli di radioterapia sensibilizzante alternati a cicli di chemioterapia al fine di ridurre al minimo gli interventi demolitivi di cistectomia radicale. Questo perché non è stata ancora realizzata una diversione urinaria veramente efficiente e perché è dimostrato che senza la propria vescica si vive molto meno ma soprattutto molto male.

IL PIANOFORTE DI DUKE IN PRIMO PIANO

La statura di un artista assoluto: la sua produzione supera di parecchio le mille composizioni, spaziando dalla canzone d'immediato successo popolare all'opera d'ampio respiro

di **Mario Mariotti**

MUSICISTA PROFESSIONISTA

MARIO.MARIOTTI@CONSERVATORIO.CH



Edward Kennedy "Duke" Ellington, nato a Washington il 29 aprile 1899 e morto a New York il 24 maggio 1974, ancora oggi è percepito dai più come uno squisito autore di melodie e di ritmi che incarnano l'industria del divertimento statunitense. Pochi ne riconoscono la statura di artista assoluto: non (solo) un grande jazzista, ma uno dei maggiori autori del Novecento. La sua produzione supera di parecchio le mille composizioni, che spaziano attraverso tutte le forme musicali, dalla canzone d'immediato successo popolare all'opera di ampio respiro. Ellington fu inoltre uno dei primi musicisti a cogliere i caratteri e le potenzialità della nascente industria discografica, piegandola ai propri fini in modo creativo e innovativo, per esempio

incidendo fin dagli anni Venti i propri brani migliori in versioni diverse per più etichette.

La sua attività su disco inizia nel 1924 per interrompersi solo poco prima della morte: cinquant'anni di documentazioni sonore che mostrano uno sviluppo continuo e inarrestabile, parallelo ma impermeabile rispetto a tutti gli stili che nel frattempo trasformavano la storia del jazz e della musica afroamericana. Un'indipendenza che costituisce uno dei maggiori motivi per cui ancor oggi la musica ellingtoniana suona fresca e originale. Ellington inizia l'attività nella città natale e si trasferisce a New York nel 1923; la sua prima maturità corrisponde all'ingaggio nel più celebre night club di Harlem, il Cotton Club, dove suona tra il 1927

e il 1931, ampliando la propria formazione da un gruppo di medie dimensioni a una vera orchestra. Qui crea le musiche per molti spettacoli pittoreschi, elaborando quello che sarà chiamato stile giungla, esaltando in funzione espressionistica le inflessioni e le deformazioni timbriche degli strumenti a fiato. Suo braccio destro del periodo è Bubber Miley, un trombettista straordinariamente originale nell'uso delle varie sordine. In seguito affiancano Ellington altri eccezionali collaboratori: in particolare Johnny Hodges, il solista (di sassofono contralto) più sublime della sua orchestra, con la quale si esibisce fra il 1928 e il 1970, e il compositore e arrangiatore Billy Strayhorn, vero alter ego di Ellington fra il 1939 e il 1967. Entrambi rimangono con lui

fino alla morte.

Negli anni Trenta, Ellington ottiene un grande successo internazionale (si esibisce più volte in Europa a partire dal 1933), culminato nella felicissima stagione 1939 - 1943. La sua orchestra è da tempo un concentrato di talenti tenuti assieme dal carisma del leader, che sa inserire ogni voce individuale nel concerto sonoro da lui elaborato. Ellington continua a scrivere deliziosi temi, ma elabora anche strutture più elaborate: dal doloroso "Reminiscing In Tempo in quattro parti", scritto nel 1935 alla morte della madre, fino alla grandiosa suite "Black Brown And Beige", presentata nel 1943 alla Carnegie Hall. Tutto questo potrebbe bastare per far parte del Pantheon del jazz, ma la carriera ellingtoniana è ancora lunga. Dopo un relativo appannamento, l'orchestra riemerge alla metà degli anni Cinquanta e permette al suo leader di concentrarsi sull'ampia dimensione della suite, mentre continua a mietere successi in ogni continente. Negli ultimi tempi Ellington proporrà anche alcuni Concerti Sacri e si dedicherà più sistematicamente all'attività di pianista, nell'ambito della quale realizzerà anche incontri "al vertice" con musicisti di ogni generazione: da Louis Armstrong a Coleman Hawkins, da Max Roach a Charles Mingus e John Coltrane.

Uno degli album più rari e interessanti di Duke Ellington è sicuramente "Piano In The foreground", ristampato nel 2004 in CD dall'etichetta Legacy con numero di catalogo CK 87042

Inciso originariamente nel 1961 per la Columbia, questo disco presenta Duke Ellington nelle vesti di pianista solista a capo di un trio insieme ad Aaron Bell al contrabbasso e Sam Woodyard alla batteria. Famosissimo come compositore e direttore d'orchestra, e insieme a Louis Armstrong una delle figure più universali del jazz, come pianista Ellington non è altrettanto conosciuto, sebbene il suo talento si sia espresso in introduzioni o piccoli assoli insieme alla propria orchestra. Sono davvero pochissimi i dischi che lo presentano al pianoforte solo, in duo o, come nel caso in questione, in trio. Il suo debutto discografico come pianista risale agli anni '20, successivamente leggendari sono negli anni '40 i suoi duo con Billy Strayhorn e l'eccezionale con-

trabassistista Jimmy Blanton. Bisogna però aspettare gli anni '50 per ascoltare Ellington esprimere al pianoforte la propria visione solistica dello strumento nel jazz, come in "Piano Reflection". Negli anni '60, Mingus, Roach ed Ellington fanno storia. La musica nata dalle loro session, pubblicata e riassunta in "Money Jungle" è ancora oggi validissima. Tra la vivacità di "Piano Reflection" e le ambiguità di "Money Jungle" (Mingus si attribuisce il ruolo di leader) ecco la ponderata espressione di "Piano In The Foreground". È in questo lavoro che Ellington trova l'equilibrio tra la sezione ritmica completamente subordinata, del primo disco, e l'appoggio quasi affannoso ed eccezionalmente creativo di Mingus e Roach del secondo. L'ottimo contrabbassista Bell si muove con discrezione senza rinunciare al dialogo faccia a faccia con il leader nei brani armonicamente più aperti. Woodyard, il batterista, anche se meno audace nella sua tavolozza sonora, risponde con gagliardezza da veterano alle richieste di Ellington. Il pianista, da parte sua, seleziona un repertorio insolito basato su standard e alcuni pezzi originali non troppo conosciuti per fare sfoggio dei propri molteplici poteri.

Tutte le sonorità dello strumento pianoforte sono sviscerate da Duke con allusioni esplicite o implicite al repertorio storico: il clima di "Fontainebleau Forest" è una reminiscenza dell'impressionismo di Claude Debussy, l'aspetto africanista affiora nell'originale "Con-Go", la forma canzone è sviscerata negli standard più noti resi personali dal tocco geniale del solista.

La versione in CD offre alcune tracce bonus registrate nel 1957 con Jimmy Woode al contrabbasso in sostituzione di Aaron Bell.

Queste le parole con cui il musicologo statunitense Scott Yanow descrive il disco su AllMusic.com: "Una delle sessioni di studio più rare di Ellington, ora edito in cd in Francia, la trama principale dietro questa cavalcata fra i propri standard è che il pianoforte del leader presenta trovate solistiche a un certo punto in ogni brano. Anche i suoi sidemen si fanno sentire e tutti sono in ottima forma. Le abilità da solista di Ellington sono sempre state un po' sottovalutate a causa della sua genialità in altre aree, ma questo set mostra quanto sia rimasto moderno negli anni come esecutore".



ORIGINAL RECORDING PRODUCED BY IRVING TOWNSEND

1. I Can't Get Started 4:21
 2. Cong-Go 4:14
 3. Body And Soul 4:46
 4. Blues For Jerry 4:36
 5. Fontainebleau Forest 2:50
 6. Summertime 3:50
 7. It's Bad To Be Forgotten 3:19
 8. A Hundred Dreams Ago 2:24
 9. So 4:31
 10. Searching (Pleading For Love) 1:47
 11. Springtime In Africa 3:44

BONUS TRACKS

12. Lotus Blossom 3:16
 13. All The Things You Are (take 1) 3:59
 14. All The Things You Are (take 2) 3:49
 15. Piano Improvisation No. 2 3:23
 16. Piano Improvisation No. 3 2:46
 17. Piano Improvisation No. 4 1:51
 18. Piano Improvisation No. 1 9:45

CK 87042 **DUKE ELLINGTON** PIANO IN THE FOREGROUND COLUMBIA/LEGACY

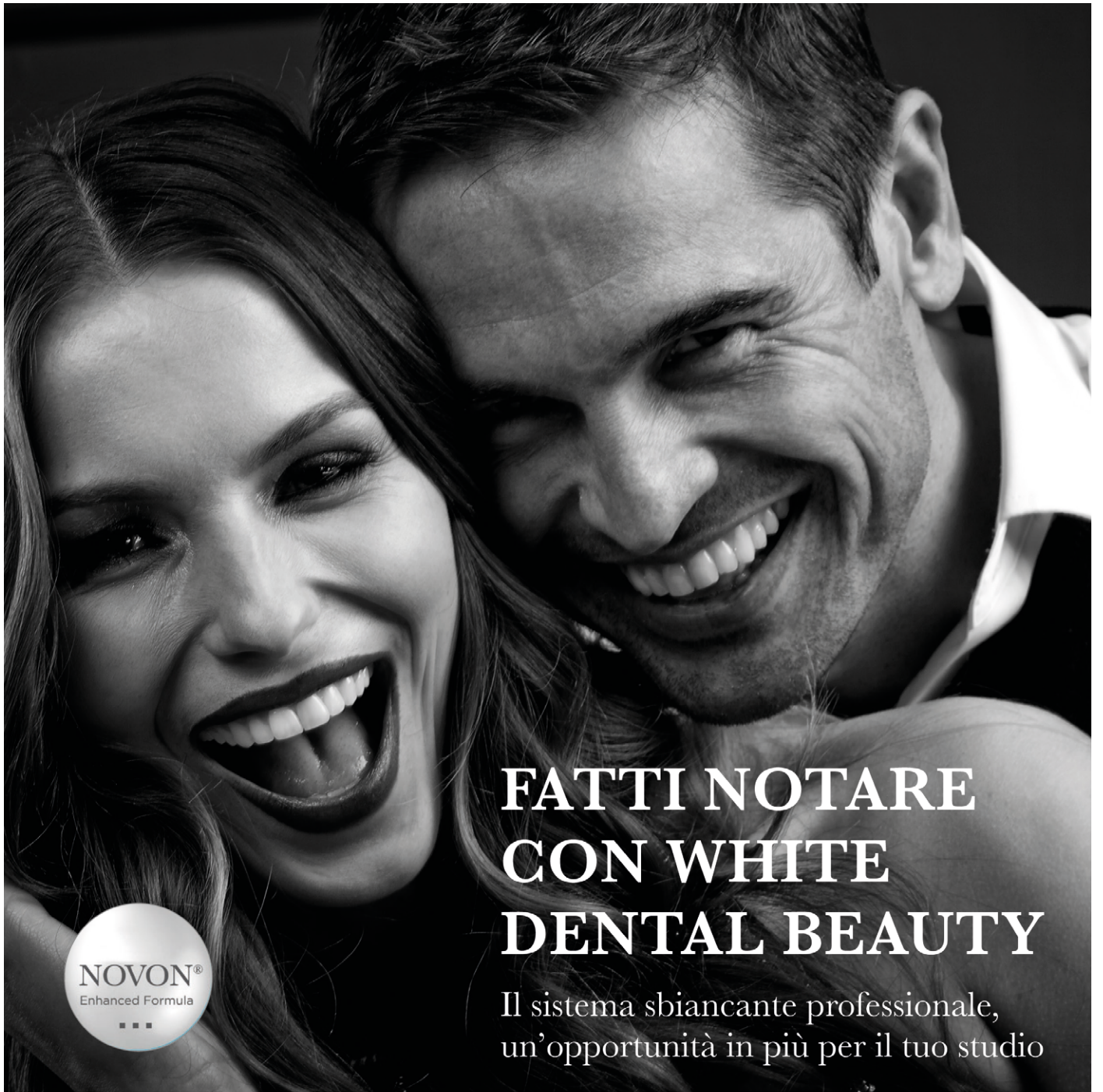
cyrecordings.com
 e-Ellington.net

Package consists of previously released material.
 © 2004 Sony Music Entertainment, Inc. / © 2004
 Music Entertainment Inc. / Manufactured by
 via Records / 550 Madison Avenue, New York,
 10222-3211 / Columbia, Legacy and
 U.S. Pat. & Tm. Off. Marca Registrada /
 SING. All Rights Reserved. Unauthorized
 circulation is a violation of applicable laws.

**FBI Anti-Piracy
 Warning:
 Unauthorized
 copying is punishable
 under federal law.**




6 9699-87042-2 0



FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

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



Il segreto



di uno splendido sorriso



Andando per ristoranti

CORTE MARIA, LA DISFIDA DI BARLETTA

a cura di Cinzia Artoni

Vicino a Barletta c'è un paese che si chiama Trinitapoli. Qui potrete trovare il ristorante Corte Maria. Gli antipasti, dai salumi al pesce fresco, sono ottimi. Si può gustare, tra gli altri piatti, il polpo in crosta, accompagnato da insalatina giovane, i gamberi in tempura, il carpaccio di ricciola, di spada e di tonno, ostriche, cozze e scampi. A seguire potrete assaggiare un buon fritto misto di pesce, una composizione di melanzane in agrodolce e burrata, ma potrete anche chiedere consiglio a Leonardo, lo chef. Per gli amanti della carne il consiglio è di assaggiare la tagliata che

potrete finire di cuocere al tavolo a seconda del vostro gradimento. Un assaggio di dolci, composto da semifreddi, babà, cannoli siciliani, terminerà il vostro pasto. Un consiglio: assaggiate il tiramisù.



Corte Maria

Largo Di Gennaro, 22

di fronte Corso Garibaldi, 176

Trinitapoli (Fg)

Tel. 327.455 6191

www.facebook.com/TRINITAPOLI/



DOVE LA PANISCIA È NEL SUO REGNO

a cura di Fulvia Magenga

All'uscita di Novara est (autostrada Torino - Milano) si prosegue per Proh e alla frazione "Briona" si può trovare, subito dopo un ponte in legno, la Trattoria del Ponte. La gestione della trattoria è curata dalla famiglia Borlandelli da quattro generazioni che propongono i piatti della tradizione locale, preparati con cura e passione. Gli antipasti sono tipici della zona: dal salam d'la duja al fidighin, (salamini morbidi giovani e meno giovani), dal lardo al cotechino, dal paté di fegato d'anatra o d'oca al vitello tonnato. La specialità della trattoria è la Paniscia Novarese, un risotto a base di fagioli e verdure arricchito con pezzi di salame, ma anche i ravioli di carne o di zucca e il risotto alle rane, da luglio a settembre, sorprendono perfino i palati esigenti. I bolliti misti si distinguono tra i secondi piatti, seguiti dall'anatra muta arrosto, dall'oca arrosto alle mele, dalla trippa di vitello e

da altri piatti succulenti e golosi. Ricordatevi di tenere un posticino anche per il dolce: scoprirete che ne vale davvero la pena.

Trattoria del Ponte

Via Oleggio, 1 - Proh/Fraz. Briona (No)

Tel. 0321.826282

info@trattoria-delponte.it

www.trattoria-delponte.it





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

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

BONE[®]
SYSTEM
www.bonesystem.it