



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e Odontoiatri di Varese

OMCeO  
Varese

2 | 2021

*Il Bollettino*

L'epoca  
del Covid





**ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGI  
E ODONTOIATRI DI VARESE**

**CONSIGLIO DIRETTIVO**

Presidente: Giovanna BERETTA  
Vice Presidente: Teodora Maria GANDINI  
Segretario: Carlo GRIZZETTI  
Tesoriere: Cristina MASCHERONI  
Consiglieri: Dino AZZALIN  
Fabiola BAROSSO  
Massimo Dario BIANCHI  
Andrea CALBI  
Giulio CARCANO  
Clateo CASTELLI  
Gianluca CASTIGLIONI  
Alberto MAININI  
Carlo NEGRI  
Alessandra RUSSO  
Alberto TARAS  
Consigliere Odontoiatra: Jean Louis CAIROLI  
Consigliere Odontoiatra: Pasquale PAONE

**COMMISSIONE ODONTOIATRI**

Presidente: Stefano Giovanni CASIRAGHI  
Vice Presidente: Alberto CIATTI  
Componenti: Jean Louis CAIROLI  
Simona GIANI  
Pasquale PAONE

**COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

Presidente: Marco Capellini  
Componenti: Maria Cristina GIOMBELLI  
Thomas ROSSI  
Revisore Supplente: Marco Paolo DONADINI

VIALE MILANO, 27  
21100 VARESE  
TEL. 0332 232401  
FAX 0332 235659

E-MAIL: [info@omceovarese.it](mailto:info@omceovarese.it)  
PEC: [protocollo@pec.omceovarese.it](mailto:protocollo@pec.omceovarese.it)

2 | 2021 **Sommario**

**Bollettino OMGeO Varese**

**DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE**

VIALE MILANO, 27  
21100 VARESE  
TEL. 0332 232401  
FAX 0332 235659  
[www.omceovarese.it](http://www.omceovarese.it)

Direttore Responsabile: Giovanna BERETTA  
Direttore Editoriale: Dino AZZALIN  
Caporedattore: Andrea GIACOMETTI  
Comitato di Redazione: Stefano Giovanni CASIRAGHI  
Teodora Maria GANDINI  
Carlo GRIZZETTI  
Cristina MASCHERONI  
Segreteria di Redazione: Antonella MASCHERONI  
Anna CILUMBRIELLO  
Anna Maria CUNATI  
Sara GILARDI  
Elva GRAVINA

Progetto grafico: Maria CANTINI

I contributi per il bollettino dovranno essere  
inviati a: [bollettino@omceovarese.it](mailto:bollettino@omceovarese.it)  
e verranno pubblicati secondo l'insidicabile  
giudizio del Comitato di Redazione.

**EDITORIALE**

Un Premio Nobel per gli operatori sanitari, un riconoscimento per chi sta in prima linea

**LA STORIA**

Covid 19, una lunga storia alle spalle

**TESTIMONIANZE E RIFLESSIONI**

La situazione del covid a Varese, intervista al Professor Paolo Grossi  
Covid 19 Pneumologia, un approccio multidisciplinare  
Vaccinazioni e rischi collaterali

**L'APPROFONDIMENTO**

Sindrome post-Covid  
La chirurgia al tempo del Covid  
Un approccio di genere alla pandemia da Covid-19

**ODONTOIATRI**

Vaccinazioni e Odontoiatri

**DIARIO DELL'ORDINE**

4

5

7

13

23

24

## UN PREMIO NOBEL PER GLI OPERATORI SANITARI, UN RICONOSCIMENTO PER CHI STA IN PRIMA LINEA

**D**i fronte ad un evento improvviso e imprevedibile come la pandemia da covid 19, un fenomeno tuttora in corso con le sue varianti, la battaglia si è subito rivelata lunga e difficile. La prima ondata del virus è apparsa un vero e proprio tsunami di dimensioni incalcolabili, un fenomeno che si è diffuso rapidamente a macchia d'olio, colpendo l'intero pianeta con violenza, lasciando sul campo un numero enorme di vittime, sia tra coloro che sono stati infettati, in particolare soggetti deboli e anziani, sia tra coloro che al virus cercavano di porre riparo, con un'azione condotta, soprattutto nei primi momenti, senza adeguati strumenti di difesa e sicurezza.

La pandemia ha subito chiamato in causa tutti, senza eccezioni: istituzioni, politica, mondo sanitario, volontariato. Una presenza plurale che, passo passo, si è consolidata e ha combattuto contro il virus. Rapidità ed efficacia sono apparsi due tra gli elementi decisivi, e proprio su questi due fronti non sono mancati ritardi e criticità. Tuttavia il contrasto della pandemia è

continuato, con forza e tenacia, spesso con ostinazione, soprattutto da parte del mondo sanitario, che si è esposto senza risparmio nelle iniziative e nelle decisioni che la pandemia imponeva. Un mondo sanitario che ancora oggi resta tra i protagonisti, in ogni Paese, di questa lunga ed estenuante battaglia anti-covid.

Dunque il Bollettino dell'Ordine dei Medici di Varese ha scelto di approfondire covid e suo contrasto con una lettura del tema capace di andare al di là dell'immediatezza della cronaca. A prendere la parola abbiamo chiamato chi, ai massimi livelli, si impegna ogni giorno contro il covid, assumendosi una grande responsabilità professionale e morale, confrontandosi con aspettative di cittadini spesso disorientati da un'informazione non sempre corretta, cercando di ampliare il più possibile la campagna vaccinale come arma più adeguata per uscire dal tunnel del virus prima possibile.

Non sappiamo quale sarà il destino della proposta di assegnare il Nobel per la pace 2021 a tutto il corpo sanitario italiano per l'abnegazione e il

di **Giovanna Beretta**  
Presidente OMCeO Varese



sacrificio dimostrati nella lotta contro la diffusione della pandemia. Una proposta che, tuttavia, conferma come medici e infermieri italiani siano stati tra i soggetti che per primi e correndo grossi rischi hanno cercato di arginare il virus. Non eroi – lo ripetiamo ancora una volta -, ma professionisti con un altissimo senso del dovere e una capacità professionale elogiata in tutto il mondo. Protagonisti che hanno compiuto il loro dovere fino in fondo, costituendo la vera spina dorsale della mobilitazione anticovid. Un dato di fatto che la proposta del Nobel vuole rimarcare con forza, ma che è già entrata nel sentire comune del nostro Paese, dei pazienti, dei loro famigliari.

Non ha fatto eccezione Varese che, pur in condizioni pesanti dal punto di vista dei numeri, ha saputo organizzarsi e agire prontamente. I camici bianchi, anche sul nostro territorio, si sono rivelati una risorsa fondamentale contro la pandemia e, in sinergia con istituzioni e volontariato, continuano tuttora a combattere la battaglia in prima linea. Una prova di coraggio e di competenza che nessuno potrà mai dimenticare.

## COVID 19, UNA LUNGA STORIA ALLE SPALLE

**S**tiamo vivendo quello che non avremmo mai creduto di dovere vivere. I meno giovani tra noi medici ricordano che, superata la metà del secolo scorso, con il trionfo dei farmaci antibiotici, si era andati baldanzosi a credere che il mondo occidentale non avrebbe più dovuto temere le malattie infettive. Ci sentivamo sicuri. Si poteva anche pensare di smantellare in ospedale i reparti di infettivi. E oggi invece? Oggi siamo tornati improvvisamente ad averne paura, come dopo lo spavento dell'AIDS e di altre diverse gravi evenienze virali, dagli anni Ottanta in poi. Insomma, possiamo ben dire che oggi, con questi virus inattesi è ricomparsa davanti a noi una storia vecchia, anzi una storia antica.

In tanti anni di insegnamento nelle facoltà di medicina, spiegavo agli studenti che l'arrivo improvviso della peste nera, alla metà del Trecento, aveva sorpreso i medici e li aveva trovati impotenti a curare il nuovo terribile flagello. Raccontavo che, allora, a supplire i difetti di una medicina che ignorava la natura del male, la difesa

dal contagio era stata assicurata solo dalle magistrature di governo, con i "cordoni di sanità" sui confini e con severe regole di isolamento dei luoghi dove era presente il morbo. E raccontavo come, alla ricerca dei colpevoli del contagio, la società e la scienza del tempo si erano addirittura macchiate della tragedia dei processi agli untori.

Mi sembrava utile ricordare anche il colera del XIX secolo, quando si protestava vivacemente, rimproverando alle autorità i provvedimenti restrittivi che recavano danni ai mercati e all'economia del paese. Infatti, nella storia delle epidemie è interessante anche questo capitolo che talvolta si presentava, come è tornato ancora oggi a far discutere: la reazione grintosa contro i provvedimenti di sanità che per proteggere la salute limitano le libertà dei cittadini.

Negli anni del mio insegnamento universitario, quelle erano storie lontane nei secoli, storie che la potente medicina moderna guardava solo con curiosità antiquaria, confidando

di **Giuseppe Armocida**  
Storico della Medicina



nelle proprie capacità di diagnosi, cura e prevenzione. Ma io ogni volta, chiudendo le lezioni sulla storia delle malattie infettive, batteriche o virali, volevo suggerire un dubbio agli studenti. Se tornasse la peste bubbonica o quando episodicamente ancora ricompare il colera - dicevo - oggi non ne avremmo paura, perché sappiamo come curarci. Ma dicevo anche: se arrivasse invece una pandemia influenzale grave, come la Spagnola del 1918, cosa potremmo fare? Era un messaggio teoricamente valido e certamente serio, ma confidavo valesse solo in via teorica. Chissà se gli studenti di allora, medici di oggi ne hanno memoria. Io di certo non immaginavo che sarebbe poi veramente successo quel che è successo. È successo che ancora oggi, mentre la scienza medica ricerca e discute e mentre i medici e gli ospedali curano come possono gli ammalati, la difesa dal morbo è garantita solo dagli interventi della politica che colorando e ricolorando comuni, province e regioni italiane sta organizzando la nostra vita, come si faceva con i "cordoni di sanità" al tempo delle pestilenze.



Ma devo dirvi poi che un'altra osservazione mi sorprende. Lungo secoli e secoli di storia, i flagelli epidemici sono sempre venuti e sempre sono andati via. Arrivavano, tormentavano, facevano ammalare e morire, ma poi, dopo qualche mese se ne andavano. Andavano altrove o scomparivano. Restava sempre il timore di un possibile ritorno,

ma intanto ci si era liberati di loro.

E il virus di oggi? Cosa era, come era e dove era prima di mettersi in viaggio per compiere il suo giro del mondo? E poi, questi virus, nell'originario cinese e nelle aggiornate varianti internazionali che da più di un anno ci hanno obbligati e ancora stanno obbligandoci

in difesa, perché resistono e non si ritirano? Perché a un certo punto non cessano di tormentarci, come hanno sempre fatto i virus e i batteri delle epidemie che hanno preceduto questa? Cosa è cambiato? Sono cambiati i virus? Sì, i virus cambiano sempre. Di certo, però, è anche cambiato il mondo, che una volta non aveva tanti aeroporti e tanti viaggiatori, moderni untori che hanno trasportato la malattia facendo ammalare tutti i continenti nello stesso tempo, come non era mai successo prima.

Ma davvero riusciremo a capire cosa è successo in natura, come e perché? A me sembra che, nell'ondeggiare di idee, ancora non abbiamo risposte definitive e sicure per ognuno di questi perché. E purtroppo, intanto, vediamo che questi virus non se ne stanno andando e qualcuno addirittura ha insinuato il dubbio che non se ne andranno. E allora, contro i virus che non se ne vanno e forse addirittura non se ne andranno, contro una epidemia che non rispetta la storia sociale dei contagi e la storia naturale delle epidemie, per difenderci dalla malattia - mentre dobbiamo continuare a mascherarci e a distanziarci - possiamo solo schierare i vaccini che in questi frangenti sembrano essere la nostra unica speranza, come ci dicono tutti gli esperti.

## LA SITUAZIONE DEL COVID A VARESE, INTERVISTA AL PROFESSOR PAOLO GROSSI



Il Prof. Paolo Grossi, Direttore Malattie Infettive e Tropicali dell'Ospedale di Circolo di Varese

### Com'è la situazione Covid-19 all'interno dei reparti dell'ospedale del Circolo di Varese?

La situazione rimane pesante con un gran numero di pazienti gravi in terapia intensiva e un elevato numero di decessi. Nei reparti la situazione sta migliorando e l'accesso di nuovi casi in pronto soccorso è sicuramente diminuito ma non azzerato. È quindi necessario attenersi rigorosamente alle norme di prevenzione per evitare

di ritrovarci nella situazione che al momento sembra migliorare. Il virus ci ha insegnato quanto sia facile rivedere scenari che si sperava fossero ormai alle spalle. Il caso della Sardegna che da bianca diventa rossa in pochi giorni ne è la chiara testimonianza.

### Come procede la campagna vaccinale a livello territoriale, anche nell'ambito delle varianti sopraggiunte?

A cura di Dino Azzalin  
Direttore editoriale



La campagna vaccinale ha ormai preso un buon ritmo e gran parte dei soggetti con più di 80 anni o estremamente vulnerabili ha già ricevuto la prima dose ma siamo lontani dagli obiettivi previsti. Bisognerà continuare con la campagna, auspicabilmente incrementando il ritmo. Per quanto riguarda le varianti, "per fortuna" da noi circola quasi esclusivamente la variante inglese ed i vaccini disponibili risultano protettivi nei confronti di questa variante. La Sud Africana e la Brasiliana rappresentano al momento casi sporadici ma qualora dovessero prendere il sopravvento sarebbe un problema per la minore efficacia dei vaccini nei confronti di queste varianti.

### L'arrivo dei monoclonali sarà una chance in più oppure quest'ultimi possono essere allineati agli altri già in nostro possesso?

I monoclonali attualmente disponibili necessitano di una verifica di efficacia. Gli studi pubblicati documentano unicamente una modesta riduzione della carica virale ma non hanno previsto end point clinici ed è quindi difficile

prevedere il loro reale impatto. Per tale ragione AIFA ha emesso un bando per valutarne l'efficacia clinica. Ciò che sarebbe importante è la segnalazione tempestiva dei casi a maggior rischio di progressione per poterli somministrare precocemente.

**Le problematiche di reazione al vaccino sono standard o sono particolarmente preoccupanti?**

La frequenza di eventi trombotici associati al vaccino di Astra-Zeneca è risibile a fronte di decine di milioni di dosi somministrate e non ci sono al momento evidenze certe di un ruolo causale. Gli studi in corso ci aiuteranno a comprendere se esiste o meno un nesso di causalità. In ogni caso il rischio di eventi trombotici per chi sviluppa la malattia è enormemente superiore ed i vaccini tutti, incluso quello di Astra-Zeneca, danno una copertura nei confronti della malattia grave e della morte che si avvicina al 100%. Quindi il bilancio rischi/benefici è decisamente a favore della vaccinazione.

**Cosa deve fare il medico di base o il libero professionista nei casi di sospetto Covid-19?**

Innanzitutto effettuare una diagnosi precoce, quindi evitare, come purtroppo osservo quotidianamente, di somministrare cortisone, eparina e

antibiotici a tutti, ed infine segnalare quei soggetti a rischio di progressione per la presenza di patologie, come indicato dalla nota AIFA, per l'eventuale somministrazione precoce di monoclonali. Insieme ad un gruppo di esperti, coordinato dal Prof. Locatelli, avevamo preparato un documento, oggetto di una circolare del Ministero della Salute, emanata in data 30 novembre 2020, proprio per fornire al medico che opera sul territorio indicazioni puntuali sulla base delle evidenze disponibili. Tali indicazioni vengono purtroppo sistematicamente disattese. Il cortisone dovrebbe essere somministrato solo a chi necessita di supporto di ossigeno e non prima perché favorisce la progressione dell'infezione. L'azitromicina non ha alcun ruolo e l'eparina serve solo ai soggetti allettati. E' in fase di finalizzazione un aggiornamento del documento del 30 novembre, che include anche i monoclonali, e verrà emanato a breve. Speriamo non faccia la fine del precedente.

**Un suo pensiero sull'evoluzione della pandemia e sulla campagna vaccinale, anche da parte degli odontoiatri.**

L'evoluzione della pandemia dipende molto dai comportamenti individuali, soprattutto da parte dei giovani che tendono a disattendere le norme generando numerosi focolai intrafamiliari



con gravi conseguenze per i soggetti conviventi più vulnerabili. Nonostante la stanchezza che tutti accusiamo se vogliamo ritornare a vivere in sicurezza deve continuare a ritmo serrato la campagna vaccinale, sempre che arrivino vaccini a sufficienza, e dobbiamo proseguire nel rispetto delle norme che da oltre 1 anno abbiamo adottato. Se poi emergeranno nuove varianti in grado di sfuggire all'effetto protettivo dei vaccini speriamo che arrivino nel frattempo farmaci antivirali che ci consentano di trattare precocemente a domicilio i pazienti, rendendo quest'infezione una delle tante con le quali siamo abituati a convivere ma che possiamo trattare efficacemente. A mia conoscenza ci sono già due farmaci in sviluppo con risultati molto promettenti. Ricordiamoci però che in un mondo globalizzato nuove sfide ci attendono all'orizzonte e cerchiamo di fare tesoro di tutti gli insegnamenti che la pandemia in corso ci ha fornito.

## COVID 19 PNEUMOLOGIA, UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Intervista ad Antonio Spanevello, Dina Visca e Fabio Angeli  
Dipartimento di Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi dell'Insubria – Varese  
Dipartimento di Medicina e Riabilitazione Cardiorespiratoria presso gli Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS Tradate

**Quali sono le prime considerazioni da fare sull'emergenza Covid da un punto di vista pneumologico?**

Le evidenze che si sono accumulate dall'inizio della pandemia (ormai è trascorso più di un anno) ci hanno chiaramente confermato che la malattia da infezione da SARS-CoV-2 non è solo di pertinenza pneumologica. Seppur la presentazione clinica delle forme severe è caratterizzata dalla presenza di una tipica polmonite interstiziale, ormai siamo consapevoli che la malattia è caratterizzata da un coinvolgimento multi-organo. Il virus, infatti, infetta le cellule del nostro organismo utilizzando un recettore (ACE2) che è pressoché presente in tutti gli organi e tessuti del nostro organismo. Lo utilizza come "cavallo di troia", legandosi ad esso e penetrando nella cellule per avviare i processi replicativi. I recettori ACE2 fanno parte del complesso sistema renina-angiotensina-aldosterone, che ha il ruolo di garantire l'omeostasi del nostro organismo, coinvolgendo la regolazione della pressione arteriosa, del bilancio idrico, della carica



Antonio Spanevello



Dina Visca



Fabio Angeli

infiammatoria e dello stato protrombotico. Per questo motivo, abbiamo imparato che un adeguato approccio diagnostico e terapeutico si fonda su una collaborazione medica interdisciplinare.

**Quali sono gli orientamenti del dipartimento sull'accoglienza dei pazienti ospedalizzati e sulle terapie effettuate?**

Anche il Dipartimento di Medicina e Riabilitazione Cardiorespiratoria dell'Istituto Clinico-scientifico Maugeri di Tradate, dove svolgiamo la nostra

attività clinico-assistenziale, fin dalle prime fasi si è attrezzato per contribuire alla lotta contro la pandemia. Lo ha fatto allestendo un'Area COVID specificatamente disegnata per garantire le migliori cure ai pazienti ospedalizzati per complicanze relate all'infezione da SARS-CoV-2. Lo staff medico coinvolto nella diagnosi e terapia dell'infezione da SARS-CoV-2 è stato composto da diverse figure professionali (pneumologi, internisti, cardiologi e fisiatristi) che hanno lavorato in pieno sinergismo per garantire le migliori cure ai nostri pazienti. Un percorso che è stato pieno di ostaco-

li, anche per il continuo mutare delle evidenze, delle raccomandazioni terapeutiche e delle presentazioni cliniche dei pazienti. Di fronte ad una patologia complessa e difficile da affrontare, abbiamo sempre avuto un armamentario terapeutico molto scarso che col tempo è sempre più stato limitato da dubbi su potenziali effetti collaterali di alcuni farmaci (basti pensare alla vicenda dell'idrossiclorochina) che comunque avevano un razionale di impiego nella cura della malattia. Spesso, quindi, ci si è trovati attori in un palcoscenico terapeutico in cui il copione e le battute erano guidate più da dubbi e preoccupazioni che da evidenze scientifiche.

**Quali sono gli elementi che i medici di base, dentisti inclusi, possono e devono osservare in caso di sospetta positività Covid?**

L'isolamento dei casi ed il tempestivo riconoscimento di soggetti a rischio di contrarre l'infezione (per aver avuto contatti stretti con casi positivi) è sicuramente l'approccio ideale per limitare la diffusione dell'infezione. Molta attenzione serve anche per il riconoscimento di casi positivi asintomatici che possono contribuire inconsapevolmente alla diffusione della malattia.

In questo contesto, l'utilizzo di tecniche che offrono diagnosi rapide (come i tamponi rino-faringei antigeni-

ci di terza generazione) che possono essere eseguiti anche dagli Odontoiatri ha fornito sicuramente alla classe medica la possibilità di spezzare una traiettoria epidemiologica che avrebbe potuto causare una ancora più ampia e devastante diffusione dell'infezione.

**Quali sono gli studi epidemiologici effettuati in questo anno solare e quali sono le prospettive future?**

La ricerca internazionale si è mossa in modo massiccio generando oltre 120.000 pubblicazioni scientifiche sul SARS-CoV-2 (dati aggiornati ad aprile 2021). Anche la nostra attività di ricerca è stata orientata allo studio del SARS-CoV-2, per contribuire alla spiegazione dei meccanismi fisiopatologici coinvolti nell'infezione. Abbiamo contribuito alla spiegazione di come e quando il sistema renina-angiotensina-aldosterone è coinvolto nella genesi delle forme severe di infezione da SARS-CoV-2 e abbiamo individuato (coordinando un registro di circa 1000 pazienti ospedalizzati) quali classi di soggetti sono a più alto rischio di contrarre una forma potenzialmente letale.

Abbiamo anche avuto la possibilità di studiare gli effetti del "lock-down" a livello epidemiologico, sottolineando il ruolo decisivo che tale strumento può avere a livello di salute pubblica nel

contenere la diffusione dell'infezione. Non per ultimo, ci stiamo anche occupando dello studio degli effetti dei vaccini per il SARS-CoV-2. Con l'accumularsi di evidenze si spera che si possano sempre più affinare gli interventi per una migliore strategia di popolazione.

**Quali sono le conseguenze più frequenti nei pazienti dimessi e "guariti"?**

Purtroppo ancora non conosciamo quali siano gli effetti dell'infezione a lungo termine. Restano temibili, sicuramente, le complicanze a livello polmonare e cardiovascolare. I sintomi e gli esiti della polmonite interstiziale possono persistere anche a lungo ed i danni a livello cardiaco (riduzione della performance contrattile e gli interessamenti infiammatori del pericardio) hanno la potenzialità di generare una nuova sindrome che potrebbe essere definita come "long-COVID". Per questo motivo è necessario ottimizzare un capillare servizio territoriale che monitori non solo l'andamento epidemiologico dell'infezione ma anche quello dei suoi potenziali reliquati a livello di popolazione. Tutto questo anche per garantire una adeguata risposta alle necessità cliniche e terapeutiche dei pazienti che sono sopravvissuti alla fase acuta della malattia.

A cura di **Andrea Giacometti**  
Caporedattore



## VACCINAZIONI E RISCHI COLLATERALI

Intervista al Professor Marco Paolo Donadini,  
Centro Trombosi e Emostasi – Asst Sette Laghi

**T**ra i problemi più presenti sui media, e certo tra quelli che più allarmano l'opinione pubblica, c'è l'emergere di patologie come le trombosi in seguito alle vaccinazioni anti-Covid. Abbiamo interpellato il Dottor Marco Paolo Donadini, dirigente Centro Trombosi ed Emostasi – Asst Sette Laghi. È inoltre professore associato di Medicina interna all'Università dell'Insubria. Numerose le sue pubblicazioni scientifiche in riviste internazionali.

**Dottor Donadini tocchiamo uno dei punti più delicati legati alle vaccinazioni anti-Covid: le trombosi legate ai vaccini.**

In effetti sono stati segnalati casi di trombosi venose in sedi inusuali, come i seni venosi cerebrali e le vene del distretto splancnico, associate a trombocitopenia. Si tratta di casi molto rari. Pochi giorni fa, sono stati pubblicati studi che individuano un meccanismo fisiopatologico che renderebbe



plausibile un nesso di causa-effetto tra vaccinazione e trombosi, e non semplicemente un'associazione di tipo temporale. Certezze assolute tuttavia non ci sono ancora sul fatto che il vaccino induca casi di trombosi. La comunità scientifica è molto impegnata ancora a studiare i casi che si sono verificati.

#### **Il rapporto tra vaccini e trombosi è una novità?**

Questo tipo particolare di manifestazione clinica associata ad una vaccinazione è la prima volta che si verifica. Da un punto di vista retrospettivo, in passato, alcune forme simili di trombosi inusuali associate a trombocitopenia erano state descritte, per esempio, in seguito ad un'esposizione ad altri fenomeni, come certe infezioni batteriche e virali.

#### **Esistono possibilità di prevenire queste manifestazioni? A che punto siamo su questo fronte?**

Siamo molto impegnati nello studio di questi fenomeni e sulla loro prevenzione.



**Il Prof. Marco Paolo Donadini**

ne. E questo anche nell'ambito della Società Italiana di Trombosi ed Emostasi, che ha promosso e sta conducendo, in accordo con l'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco), un Registro Nazionale in cui vengono segnalati tutti i casi trombotici successivi a qualsiasi vaccinazione anti-COVID-19, per capire i fattori di rischio. Saranno inoltre avviati altri studi, che mirano a chiarire ulteriormente i meccanismi biologici di questo fenomeno. Ma al momento non abbiamo ancora tutti quegli elementi che ci facciano risalire a fattori che possano essere prevenuti.

#### **In Italia e in altri Paesi sono stati sospesi alcuni vaccini in via precauzionale. Un'iniziativa che condivide?**

È stata una scelta fatta con estre-

ma cautela da parte delle Autorità regolatorie, con lo scopo di approfondire le reazioni avverse ed impedire il disorientamento dell'opinione pubblica. In particolare stiamo parlando di due vaccini: Astrazeneca e Johnson & Johnson. Entrambi utilizzano un vettore virale, in particolare degli adenovirus incapaci di replicarsi, modificati per contenere la parte di genoma di SARS-CoV-2 che codifica per la proteina Spike. Gli altri vaccini attualmente approvati, invece, utilizzano sistemi diversi. Lo stop da parte delle Autorità regolatorie è arrivato per vederci chiaro, per avere il tempo di raccogliere e valutare adeguatamente le segnalazioni di eventi avversi, che non equivale a dire che quei vaccini siano pericolosi. Un approfondimento è necessario e doveroso e dovrebbe essere interpretato anche dai cittadini positivamente, in un'ottica di massima tutela della salute. Una volta ottenute le informazioni necessarie, si deciderà come procedere. Spetta a noi medici *in primis* spiegare ai nostri pazienti queste dinamiche con i dati a disposizione, affinché non siano confusi e operino scelte informate.

## SINDROME POST-COVID

“Sono negativo al tampone ma non mi sento più come prima”. Sicuramente non sono l'unico medico ad aver ricevuto questa richiesta di aiuto, senza sapere bene cosa consigliare. In letteratura scientifica si inizia infatti ad affrontare il tema della sindrome post-COVID19: all'inizio della pandemia si riteneva che questa infezione costituisse una malattia a breve termine, ma ora l'OMS riporta che il tempo di recupero può essere anche di settimane o mesi, come accaduto anche per SARS-COV1 nel 2003 (con guarigioni oltre i 20 mesi).

La definizione più corretta di sindrome post Covid è un prosieguo dei sintomi oltre le tre settimane dall'inizio dei sintomi, potendo diventare cronica se si prolungano oltre le 12 settimane. I dati attuali parlano di una manifestazione di tale clinica nel 10% dei casi (per un massimalista stimiamo fino a 150 casi), anche nei pazienti che hanno avuto manifestazioni di malattia lievi (circa l'80%, la maggior parte si ristabilisce in media in 40 giorni). I sintomi più riportati sono tosse, febbre, astenia, dispnea da sforzo, dolore toracico, cefalea, difficoltà di concentrazione, rash cutaneo, disturbi gastroenterici, debolezza muscolare e

depressione, per non parlare di anosmia e ageusia che possono evolvere in parosmia, cacosmia e disgeusia. Dopo aver visitato accuratamente il paziente, è raccomandato approfondire con: emocromo (anemia e linfopenia sono condizioni frequenti), ferritina, pro-bnp e in alcuni casi, a causa di falsi positivi, troponina e d-dimero. Negli atleti agonisti è consigliato ripetere un'ecocardiografia a riposo. È consigliato un follow up anche con imaging toracica come rx o tac torace senza mdc, insieme ad un elettrocardiogramma basale.

A livello di studi nazionali italiani è consigliato inoltre un monitoraggio di elettroliti e funzionalità tiroidea. La risposta che riceviamo dall'estero invece è quella di una presa in carico olistica del paziente, dopo aver escluso complicanze e prescritto supporto a base di amminoacidi e vitamine: esercizi respiratori, fisioterapia polmonare, riposo fino a 3 mesi da attività fisica intensa, terapia occupazionale e mindfulness. L'esperienza anglosassone propone inoltre dei gruppi di supporto per elaborazione e superamento del trauma per rafforzare un percorso fatto di piccoli obiettivi step by step e confronto periodico con il curante a seguito di automonitoraggio quotidiano.

**di Fabiola Barosso**  
**Medico di Medicina Generale**



Riguardo a questo argomento, nella mia esperienza di medico di famiglia ho notato una differenza fondamentale tra chi è stato ricoverato in terapia intensiva e chi è stato curato a casa per forma di malattia non grave. Nel primo caso sono maggiormente presenti conseguenze di sindrome post traumatica da stress e depressione, soprattutto in chi durante la prima ondata è tornato a casa, proseguendo con isolamento domiciliare fino ad un ulteriore mese, in quanto ancora assente la definizione di positivo di lunga durata; meno evidenti quindi sequele fisiche. Nel secondo caso le problematiche che ho notato più frequentemente sono stati sarcopenia, astenia e tachicardia residua: in questi soggetti costituisce parte importante il fatto che solitamente sono gli unici ad aver sviluppato sintomi all'interno del nucleo familiare infetto, ingenerando un senso di preoccupazione protratto e con il rischio di essere etichettati come ipocondriaci, cronicizzando ancora di più la loro situazione. In questi casi sarebbe quindi auspicabile la formazione di gruppi di supporto per condividere le proprie esperienze: sentendosi più compresi e consapevoli della situazione è certa l'influenza positiva sul quadro anche clinico.

di Giulio Carcano  
Direttore Scuola di specializzazione  
in Chirurgia generale  
Università degli Studi dell'Insubria



## LA CHIRURGIA AL TEMPO DEL COVID

«**Tutto il mondo era condannato a rimanere vittima di una terribile pestilenza: erano comparsi esseri microscopici che si infiltravano nel corpo umano. Mai gli uomini avevano ritenuto più sicuri i loro giudizi, le loro convinzioni scientifiche, le loro credenze morali. Tuttavia tutti morivano!**»

Questa non è la cronaca romanizzata dei nostri giorni, ma un brano del sogno finale del giovane protagonista di *Delitto e castigo* di Dostoevskij: un brano che non smette di colpirci ancora oggi.

La pandemia ha imposto scenari in precedenza non immaginabili: drammatici cambiamenti nella destinazione dei posti letto, terapie intensive che hanno accolto pazienti covid-positivi intubati, limitando quindi l'attività chirurgica. Inoltre, seppure con percentuali diverse nelle diverse istituzioni, nelle diverse fasi della pandemia anche i chirurghi hanno lavorato nei reparti internistici covid-positivi o in quelli di pronto soccorso.

L'immagine che propongo era utilizzata per pubblicizzare la prevista riapertura di Disneyland a Parigi il 2 aprile 2021: il parco ha aperto il 29 marzo ma come presidio medico per vaccinare mille



soggetti al giorno.

Subito all'inizio della prima fase, le Società Scientifiche chirurgiche hanno provveduto a redigere le **linee guida** di comportamento per necessità di riprogrammare le attività operative, poiché queste hanno subito una progressiva riduzione nel divenire della evoluzione pandemica. Le linee guida sono fondamentali per identificare in

modo concordato i criteri di triage e di priorità.

Nella proposta della agenzia britannica *National Health Service*, il criterio utilizzato è la tempistica: gli interventi sono classicamente distinti in interventi d'urgenza, d'emergenza ed elettivi, nella situazione specifica per patologie tumorali o condizioni benigne non curabili con la terapia medica. L'*American*

*College of Surgeons* aggiunge all'urgenza della patologia la valutazione delle condizioni generali del paziente. L'*European Society for Medical Oncology* pone attenzione sul beneficio attivo derivante dalla cura chirurgica. Queste indicazioni perseguono diversi obiettivi: limitare le presenze non necessarie nei reparti; diminuire i rischi della procedura e diminuire il ritardo della stessa; sostenere una complessità strategica.

L'andamento dell'esecuzione e dei risultati da chirurgia elettiva non è facile da interpretare, anche in considerazione delle variabilità delle condizioni logistiche e cliniche, ma la conclusione alla luce della letteratura è comunque che la situazione locale logistica, le risorse, le scelte cliniche talora imposte e l'esperienza personale hanno portato a valorizzare la cosiddetta *tailored surgery*.

I clinici hanno la necessità di prendere decisioni in seguito al ritardo della **cura chirurgica della malattia oncologica**, mettendo sulla bilancia il rischio di esposizione alla malattia virale.

Le terapie non chirurgiche, come la chemioterapia, ovvero ancillari come la terapia neoadiuvante, permettono un ponte utile nel tumore maligno della mammella, mantenendo tuttavia la indifferibilità di indicazioni in presenza di neoplasie in gravidanza, nei tumori recidivi e in biopsie non diagnostiche. I tumori del colon-retto non possono essere rimandati quando si presentano

con complicità di sanguinamento, occlusioni, sepsi.

Le lesioni in cui la chirurgia risulta curativa devono essere valutate da un board multidisciplinare: tumori dell'esofago, dello stomaco, del fegato e del pancreas necessitano di interventi che sono salvavita e la recettività della terapia intensiva risulta talvolta il fattore limitante alla possibile cura chirurgica. In questa condizione, tuttavia, tumori particolarmente aggressivi che subiscono un ritardo diagnostico e di terapia possono evolvere con una metastatizzazione che impatta in modo significativo sulla prognosi del paziente. I malati oncologici hanno un rischio più elevato di eventi clinici avversi: anche questa osservazione impone una valutazione multidisciplinare dei casi, poiché sembra dimostrato che un ritardo di quattro settimane nella maggior parte degli interventi curativi non abbia un impatto significativo sulla sopravvivenza. Una indagine condotta su oltre novemila pazienti, sottoposti a chirurgia per patologia oncologica, descrive i rischi di complicanze polmonari con esito infausto, dimostrando una mortalità doppia in pazienti che hanno contratto il covid nel periodo post-operatorio.

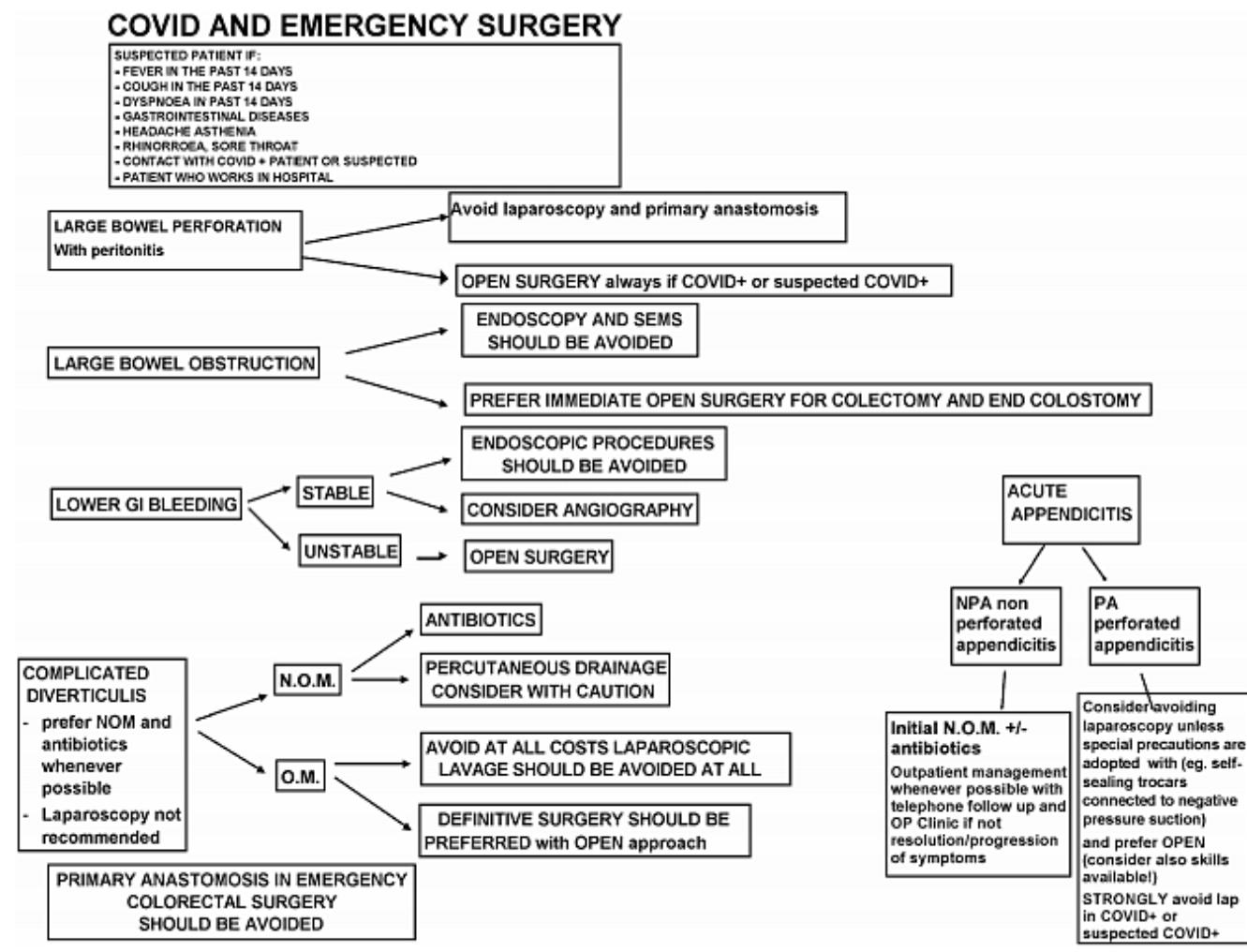
Per ciò che attiene la **chirurgia d'urgenza**, le indicazioni sono le seguenti: tutti i pazienti devono essere considerati sospetti-positivi fino a prova contraria; la valutazione del paziente deve essere immediata; dobbiamo sempre

considerare la possibilità di una gestione conservativa; i pazienti con sintomatologia addominale sono sottoposti a tomografia computerizzata del torace di completamento diagnostico.

La colecistite calcolosa risulta la condizione che più frequentemente richiede una cura chirurgica in urgenza e la colecistectomia video-laparoscopica rimane il trattamento di scelta. Tuttavia la tecnica laparoscopica merita qualche approfondimento: la creazione dello pneumoperitoneo, e quindi di fumi, determina un potenziale rischio di esposizione ad aerosol. L'uso di dispositivi anche semplici, quali filtri posizionati in serie all'impianto di aspirazione dei gas endoaddominali, consente l'esecuzione di questa tecnica chirurgica in sicurezza sia per il paziente sia per gli operatori, impedendo la diffusione ambientale del virus.

L'approccio conservativo, quindi l'antibiotico-terapia o eventuali drenaggi guidati da eco o Tc, possono essere utilizzati nelle fasi più precoci dell'appendicite acuta o della diverticolite acuta; in presenza invece di una peritonite purulenta fecale, l'indicazione all'intervento di Hartmann è obbligatorio. Quindi se fallisce l'iniziale atteggiamento conservativo, l'intervento deve essere tempestivo.

Anche per le condizioni dell'urgenza e dell'emergenza sono proposte linee guida delle principali Società Scientifiche: recependo le indicazioni internazionali sulla chirurgia open versus



la chirurgia laparoscopica e i trattamenti bridge, abbiamo partecipato alla discussione con la nostra personale esperienza.

Quali sono le indicazioni in urgenza? La decisione è affidata a un chirurgo esperto e questa decisione deve essere condivisa con il team di anestesisti; i sintomi addominali possono essere manifestazione di covid; la gestione

delle risorse deve avvenire con il coordinamento locale e regionale, tenendo in debito conto della congruità delle scorte di sangue e della disponibilità dei dispositivi di protezione individuale. L'esperienza di Varese è confluita nella raccolta di dati della realtà ospedaliera della Lombardia, a cui hanno partecipato 18 centri con diversa distribuzione epidemica. Rispetto al periodo precedente risulta evidente una

riduzione statisticamente significativa della chirurgia elettiva, oncologica, in urgenza e nelle procedure d'emergenza e del trauma. Anche l'esperienza della chirurgia d'urgenza spagnola durante la pandemia covid è caratterizzata da una diminuzione dell'incidenza dei pazienti traumatizzati e con ferite penetranti: probabilmente la limitazione degli spostamenti individuali giustifica questi dati. Di contrario i dati acqui-

siti dal registro traumi della Regione Lombardia, e non ancora pubblicati, riportano un incremento dei morti sulla scena del trauma, un incremento delle lesioni volontarie, un incremento degli eventi traumatici, un riferimento più assiduo alle strutture hub lombarde. Sono interessati pazienti più giovani, con lesioni più gravi, e questo fatto è dimostrato anche da una percentuale più elevata della richiesta di intervento medico sul mezzo Areu.

Le attività di programmazione e di gestione della rete del trauma fanno capo al coordinamento locale e regionale. Nelle fasi successive della pandemia l'organizzazione dell'attività chirurgica elettiva, oncologica, d'urgenza e del trauma ha visto evoluzioni locali che hanno cercato di rispondere al meglio alla situazione clinica, con l'identificazione dei reparti che potessero svolgere attività in pazienti covid-positivi, nel rispetto delle caratteristiche logistiche e nella ripresa degli interventi prevalentemente elettivi di patologia benigna o di day surgery che la situazione attuale ha pressoché dimenticato.

Gli operatori sanitari tutti e i chirurghi tutti sono risorse particolarmente preziose, che si sono prestate in modo generoso e incondizionato: allora l'attenzione, declinata da indicazioni, su come contenere e prevenire la diffusione del contagio è un atto primariamente di grande umanità. In ogni passo del percorso chirurgico, dalla preparazione del paziente alla sala operatoria, alla

preparazione dello staff e degli anestesisti, questa attenzione contribuisce a un risultato virtuoso. Tutte le istituzioni si sono fatte parti attive perché questo risultato fosse perseguito: le protezioni individuali, la sanificazione degli ambienti, la gestione del paziente, il percorso intraospedaliero, i materiali e gli strumenti utilizzati, le procedure di sanificazione ed eliminazione del materiale potenzialmente contaminato. Infine la chirurgia dei trapianti: la polmonite nei pazienti trapiantati

determina una mortalità tutt'altro che trascurabile. Prudentemente occorre evitare donazioni di soggetti esposti, a maggior ragione quando sono donatori viventi a cui è raccomandato un isolamento volontario. Sono ancora in via di definizione le variazioni della terapia immunosoppressiva, con la possibilità eccezionale di trapiantare da donatore covid-positivo e ricevente covid-positivo per i trapianti salvavita. L'attività di donazione e di trapianto è continuata in periodo pandemico, a fronte di un



oneroso impegno di tutto il sistema per tutti i tipi di organi: cuore, polmoni, fegato e reni.

**Cosa abbiamo imparato?**

La gestione della realtà sanitaria si contestualizza, oggi a maggior ragione, all'interno di un sistema complesso che impone talvolta decisioni inaspettate a livelli diversi, dal piano vaccinale alla tailored surgery.

Risulta fondamentale la valutazione multidisciplinare di ogni paziente (diagnosta, chirurgo, oncologo, anestesista) perché la decisione sia adeguata e perseguibile nel rispetto delle risorse. Abbiamo imparato che la sfida non è superare il limite che ogni giorno la vita ci ricorda, ma accettarlo per scoprire la relazione ultima e misteriosa che ci definisce.

Abbiamo imparato a far tesoro dell'esperienza clinica su ogni paziente. Abbiamo imparato, ancora, dalla generosità di tutti i colleghi, in particolare i più giovani, che con gesti piccoli e grandi di dono di tempo, di atti, di solidarietà si sono presi cura dell'altro. E questo è il bello della più bella delle professioni.



Il murales raffigurante Irene che cura San Sebastiano di Georges de La Tour e il suo autore, l'artista Andrea Ravo Mattoni

di Teodora Maria Gandini  
Medico  
di Medicina Generale



e di Rosetta Spanò  
Corsista Medico  
di Medicina Generale



UN APPROCCIO DI GENERE ALLA PANDEMIA DA COVID-19

La pandemia da COVID-19, purtroppo, ha rappresentato un banco di prova importante anche per la medicina di genere. È noto a tutti che l'infezione da SARS-CoV-2 determina effetti diversi negli uomini e nelle donne. L'importanza di raccogliere e analizzare i dati è stata sottolineata dall'ISS (rapporto ISS covid 19 numero 18/20) nelle "Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifesta-

zioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti Covid19". Le implicazioni di genere si sono rivelate centrali nell'ambito dell'epidemia da SARS-CoV-2 che si è diffusa in scala globale. L'infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19) ha manifestato un'ampia suscettibilità alla dimensione di genere, che ha riguardato, tra gli altri, la prevalenza, la severità e la mortalità. Conoscere le reali differenze specifiche in termini di incidenza e letalità,

rappresenta il primo passo per poter investigare i meccanismi biologici e/o sociali alla base di queste differenze, al fine di identificare strategie preventive e bersagli terapeutici specifici per uomini/donne. Le casistiche fin qui analizzate in tutti quei Paesi che hanno riportato i dati, inclusa l'Italia, indicano che è il sesso a fare la differenza, soprattutto nelle fasce di età inferiori agli 80 anni, in modo del tutto simile alle infezioni da altri coronavirus recenti (SARS, MERS).

La Medicina di Genere e il Covid-19

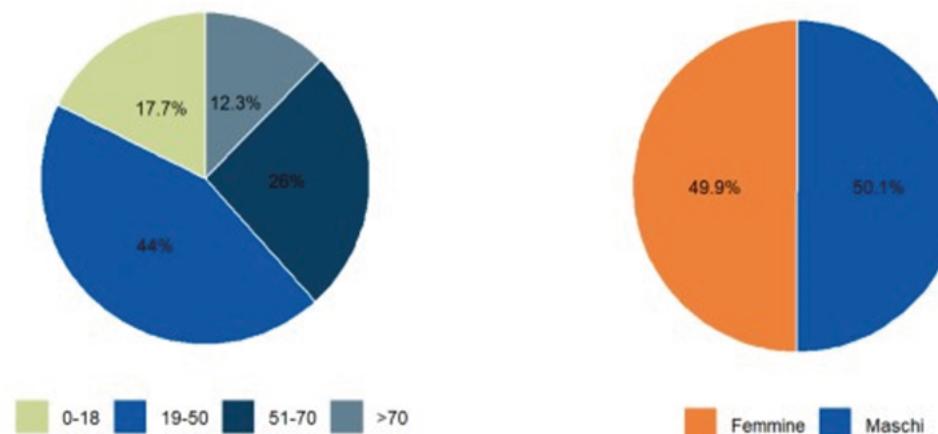


FIGURA 3 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PERIODO: 15 - 28 FEBBRAIO 2021

FIGURA 3 - DISTRIBUZIONE PER SESSO DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PERIODO: 15 - 28 FEBBRAIO 2021

Prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma, 3 marzo 2021

Tali dati indicano uno svantaggio del sesso maschile che ha manifestato una maggior severità di sintomi ed un esito più infausto rispetto al sesso femminile. La sintesi delle basi biologiche che segnano la differente capacità dell'ospite di rispondere all'infezione da SARS-CoV-2, consente di interpretare le evidenze disponibili

sull'andamento clinico, sulla risposta terapeutica e sulla prognosi finale. È noto comunque che nel panorama italiano ed europeo i pazienti deceduti sono principalmente anziani, uomini e con patologie pregresse, ma i maggiori casi di infezione nel personale sanitario si riscontrano nelle donne.

In Italia circa il 70% degli operatori sanitari infetti è donna. Altre nazioni (Stati Uniti 73%, Spagna 72%, Germania 75%) riportano dati simili. Questo dato potrebbe essere giustificato dalla più alta percentuale di donne in questa categoria professionale, ma saranno necessari ulteriori studi per poter giungere a conclusioni più certe.

androgeni sembra svolgere un ruolo opposto nell'influenzare l'espressione degli enzimi cellulari coinvolti nelle fasi che seguono l'attacco del virus al recettore, favorendo la replicazione e l'infiammazione nelle cellule polmonari. Come a tutti noto, nelle cellule femminili, per impedire la ridondante espressione dei prodotti dei geni presenti in doppia copia sui cromosomi X, si verifica una fisiologica inattivazione casuale di uno dei due cromosomi. Tuttavia, restano porzioni cromosomiche che sfuggono all'inattivazione e i geni presenti in queste zone possono essere sovraespressi nelle donne. ACE2 è codificato proprio in queste regio-

ni del cromosoma X che sfuggono all'inattivazione, sostenendo l'ipotesi di una maggiore espressione di questa proteina nei polmoni delle donne. Nel tempo sarà importante effettuare studi specifici, anche retrospettivi, per valutare il ruolo degli ormoni sessuali nelle differenze di sesso riscontrate durante la pandemia (es. il ruolo della TOS in donne colpite da Covid19). Sarà importante capire meglio il ruolo dei geni che sfuggono all'inattivazione di uno dei due cromosomi X, ed identificare i determinanti genetici sesso specifici di progressione della malattia indotta dal virus SARS-Cov-2. Nei soggetti transgender, in terapia

ormonale estrogenica ed anti-androgenica, si è notato un maggior numero di cellule testicolari che esprimono ACE2; il che fa ipotizzare quindi un minor grado di infiammazione ed un miglior outcome in caso di infezione da SARS-COV-2.<sup>(7)</sup> La pandemia ha fatto in modo che tutte le regioni, impegnate nella realizzazione del "Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di Genere" (art.3 legge 3 2018 approvato in conferenza Stato Regioni 30 maggio 2019), mettessero in atto processi di disaggregazione di dati relativi al sesso, proprio in funzione del comprendere e del limitare i danni dell'infezio-

**Distribuzione dei casi (N=124.003) e dei decessi (N=292) per Covid-19 diagnosticati negli operatori sanitari in Italia per fascia di età e sesso**

Classe di età (anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Casi totali				
	N. casi	% casi totali	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. casi	% casi totali	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. casi	% casi per classe di età	N. deceduti	% deceduti per classe di età	Letalità %
18-29	4.610	12,5	1	0,5	0%	11.089	12,7	0	0	0%	15.699	12,7	1	0,3	0%
30-39	7.932	21,4	1	0,5	0%	15.816	18,2	2	2,3	0%	23.748	19,2	3	1	0%
40-49	8.046	21,7	6	2,9	0,10%	25.135	28,9	8	9,1	0%	33.181	26,8	14	4,8	0%
50-59	9.759	26,4	34	16,7	0,30%	27.843	32	29	33	0,10%	37.602	30,3	63	21,6	0,20%
60-69	6.044	16,3	107	52,5	1,80%	6.642	7,6	17	19,3	0,30%	12.686	10,2	124	42,5	1%
70-79	413	1,1	28	13,7	6,80%	206	0,2	6	6,8	2,90%	619	0,5	34	11,6	5,50%
Età non nota	206	0,6	27	13,2	13,10%	262	0,3	26	29,5	9,90%	468	0,4	53	18,2	11,30%
<b>Totale</b>	<b>37.010</b>	<b>29,8</b>	<b>204</b>	<b>69,9</b>	<b>0,60%</b>	<b>86.993</b>	<b>70,2</b>	<b>88</b>	<b>30,1</b>	<b>0,10%</b>	<b>124.003</b>	<b>-</b>	<b>292</b>	<b>-</b>	<b>0,20%</b>

NOTA: LA TABELLA NON INCLUDE I CASI PER CUI NON È NOTO IL SESSO

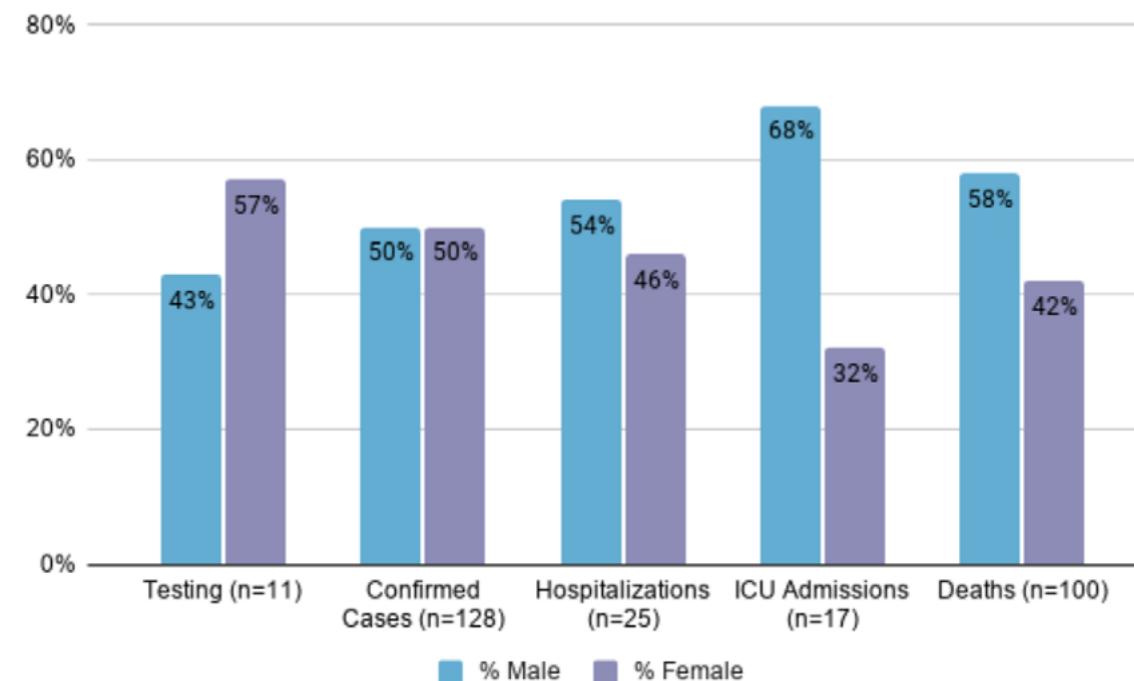
Fonte bibliografica: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-differenze-genero-importanza-dati-disaggregati>

Bisogna quindi evidenziare le differenze che intercorrono tra uomini e donne quando si avvicinano i meccanismi alla base dell'infezione. Le differenze possono essere sia ormonali che genetiche. L'ingresso nella cellula dell'ospite, essenziale per la sopravvivenza e propagazione del virus, inizia grazie all'interazione tra la proteina Spike esposta sul capsido virale e la proteina dell'ospite ACE2 (Angiotensin-conver-

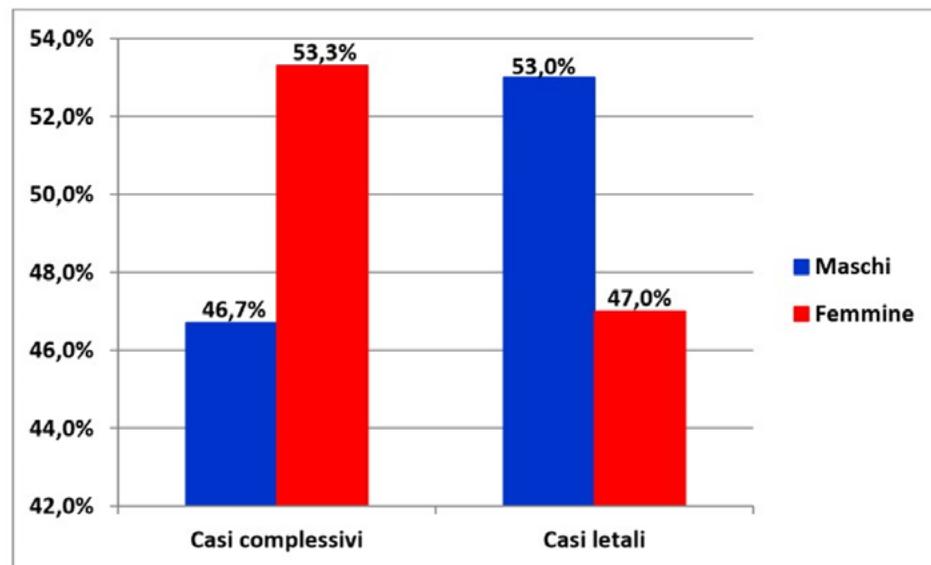
ting enzyme 2), già nota come recettore per altri coronavirus<sup>(1-2)</sup>. ACE2 è espressa in molti organi, incluso cuore, rene e polmone, è un enzima del sistema renina-angiotensina e limita la vasocostrizione e l'infiammazione<sup>(3)</sup>. Il legame al coronavirus provoca la diminuzione dei livelli disponibili di ACE2 sulla membrana cellulare e, di conseguenza, della sua azione protettiva nel polmone<sup>(4)</sup>. È importante sottolineare che l'espressione e l'attività di ACE2

può cambiare in funzione del sesso<sup>(5)</sup>. Questo fenomeno può essere determinato in parte dall'azione degli ormoni sessuali<sup>(6)</sup>, in parte dall'assetto cromosomico. Nelle donne in età fertile gli estrogeni sono in grado di aumentare la presenza del recettore ACE2 facendo sì che questo enzima, anche dopo l'infezione, riesca a svolgere la sua funzione di protezione, in particolare nei confronti dei polmoni. Viceversa, gli ormoni

**Covid-19 - Percorso clinico globale, % maschi / % femmine, a dicembre 2020**



### Dati territoriali disaggregati per genere dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria Distribuzione per genere dei casi complessivi (N=88.457) e dei casi letali (N=3.453) presenti nel sistema di sorveglianza del Dipartimento IPS dell'ATS Insubria al 10 gennaio 2021



ne, ma anche per far emergere quanto le differenze biologiche giochino un ruolo anche nella risposta alle terapie e nella risposta alle vaccinazioni (studi in corso), e quanto ciò abbia ripercussioni importanti in ambito psico-sociale e nella salute dei caregiver. Anche la nostra Ats ha provveduto alla disaggregazione dei dati e il grafico sopra riportato mostra dei dati esattamente sovrapponibili ai dati nazionali. I MMG, lavorando con estremo sforzo e con spirito di sacrificio, sono riusciti a far fronte ad un evento che mai nessuno avrebbe potuto immaginare, ma con grande abnegazione si sono messi in gioco e dato un supporto enorme alla popolazione dei pazienti tutti. Non tutti i pazienti in questo periodo hanno avuto il Covid, ci sono state persone a cui è stato diagnosti-

cato un tumore, che hanno sviluppato ipertensione, diabete, scompenso cardiaco, e anche a questi pazienti è stata data assistenza e una risposta. E, anche in un momento così difficile, tra mille ostacoli, disagi, giornate in ambulatorio che non hanno mai fine, il territorio ha risposto in maniera forte ed incisiva.

#### Fonti bibliografiche:

Bussole IRCSS Medicina di Genere e Covid-19 Ministero della salute

- (1) Zhou P, Yang XL, Wang X et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 2020; 579: 270-273.
- (2) Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, et al. SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell* 2020; 181: 271-280.

- (3) Zhang H, Penninger JM, Li Y et al. Angiotensin-converting Enzyme 2 (ACE2) as a SARS-CoV-2 Receptor: molecular mechanisms and potential therapeutic target. *Intensive Care Med* 2020; 46:586-590.
- (4) Zhang H, Penninger JM, Li Y et al. Angiotensin-converting Enzyme 2 (ACE2) as a SARS-CoV-2 Receptor: molecular mechanisms and potential therapeutic target. *Intensive Care Med* 2020; 46:586-590
- (5) Li Y, Zhou W, Yang L, You R. Physiological and pathological regulation of ACE2, the SARS-CoV-2 receptor. *Pharmacol Res* 2020; 157:104833
- (6) Li Y, Zhou W, Yang L, You R. Physiological and pathological regulation of ACE2, the SARS-CoV-2 receptor. *Pharmacol Res* 2020; 157:104833
- (7) COVID-19 and Individual Genetic Susceptibility/Receptivity: Role of ACE1/ACE2 Genes, Immunity, Inflammation and Coagulation. Might the Double X-Chromosome in Females Be Protective against SARS-CoV-2 Compared to the Single X-Chromosome in Males?

## VACCINAZIONI E ODONTOIATRI

Abbiamo tutti desiderio di ritornare ad una normalità che manca ormai da tempo ed il vaccino rappresenta una certezza davanti a tanta confusione normativa e organizzativa. Credere nella nostra professionalità e perseverare è ciò che dobbiamo fare, dimostrando così di essere una categoria attenta e capace di proteggere i nostri pazienti, il nostro personale e noi stessi.

Avanti tutta quindi consapevoli che siamo in grado di fare la nostra parte già a partire dal nostro aggiornamento continuo anche in ambito di "rischio biologico". Garantire sicurezza risponde alle esigenze di cura del paziente e all'etica professionale, le attività svolte nello studio dentistico infatti rientrano da sempre tra le procedure sanitarie che possono comportare un rischio di esposizione ad agenti biologici.

Il SARS-CoV-2 è solo uno degli infettanti che l'odontoiatra è chiamato a gestire. Da sempre infatti le contaminazioni ematiche e quelle da agenti infettivi rappresentano un rischio significativo negli studi per l'ampia contaminazione che viene a prodursi a causa dell'uso di strumenti rotanti e spray.

La gestione del rischio infettivo si propone con tutte le sue criticità che esistevano in epoca pre-covid e rimarranno nel

tempo. L'obiettivo è individuare criteri ed elaborare strumenti operativi utili alla valutazione del rischio di esposizione ad agenti.

L'attenzione è rivolta, in particolare, al controllo dello stato igienico dei due principali veicoli di contaminazione microbiologica, cioè l'aria e le superfici e alla tecnologia oggi disponibile per ottenere risultati efficaci in un ambito di controllo dei costi.

L'odontoiatra è chiamato ad aggiornarsi di continuo, una conoscenza EBD (Evidence Based Dentistry) e EBP (Evidence Based Pratiche) è richiesta in ogni campo dell'odontoiatria e la conoscenza del rischio biologico è primaria in quanto pre-requisito per non nuocere e per validare terapie riconosciute dalla comunità scientifica.

Non bisogna dimenticare che è passato più di un anno (10 gennaio 2020) da quando i ricercatori dell'istituto di Wuhan pubblicarono la sequenza del genoma a RNA del virus 2019-nCoV-2 e immediatamente i più grandi ricercatori si sono attivati per trovare un vaccino come la coppia Tureci e Sahin per il vaccino BioNTech/Pfizer, Melissa Moore e collaboratori per Moderna, Sarah Gilbert e collaboratori per Oxford/Astra Zeneca, Barouch e collaboratori per Johnson & Johnson.... Sono certo che tutti voi possiate

di Stefano Giovanni Casiraghi  
Presidente Cao Varese



concordare con me sul fatto che l'evoluzione e la diffusione del contagio hanno enormemente complicato l'analisi epidemiologica e causato non pochi errori nella gestione della malattia e, in base a queste considerazioni e sulla capacità di questo virus di mutare, che abbiamo veramente bisogno di vaccini e di strategie complementari.

È importante sottolineare che tutti i vaccini in uso sembrano avere una alta efficacia nel prevenire la ospedalizzazione e il decorso fatale della malattia. Perciò sin dall'inizio del mio mandato mi sono impegnato insieme alla Dottorssa Beretta per garantire a tutta la nostra categoria e al personale di studio presente sul nostro territorio, di essere inclusi nella campagna vaccinale. Campagna vaccinale che ad oggi si orienta verso una conclusione ampiamente positiva.

Inoltre ricordo che possiamo in modo volontario, metterci a disposizione come medici odontoiatri vaccinatori.

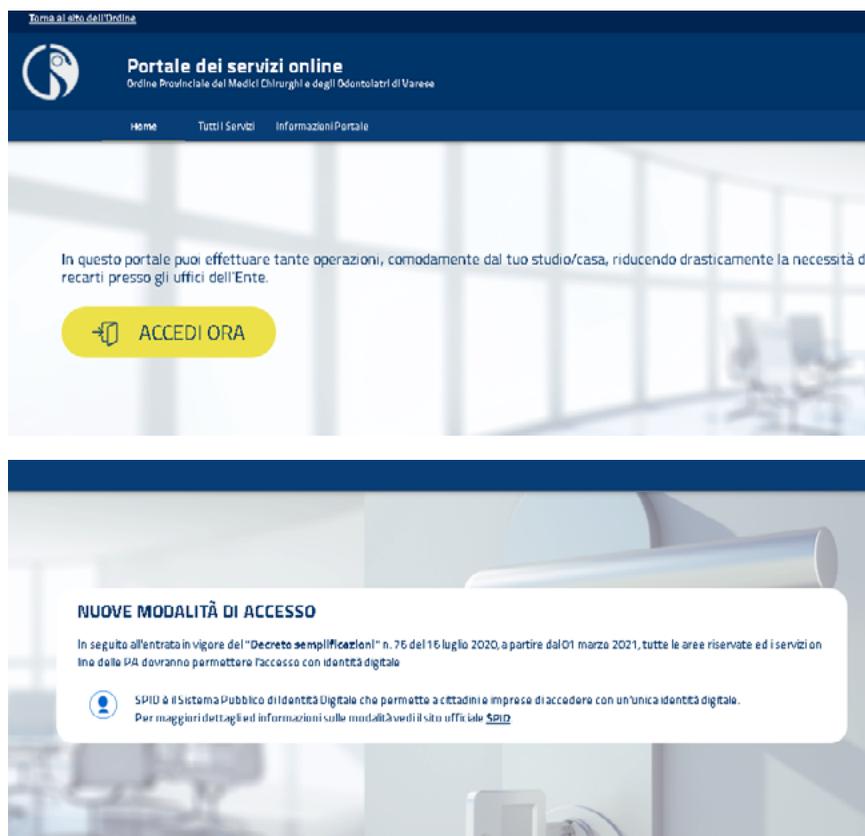
**Ogni giorno quello che scegli, quello che pensi e quello che fai è quello che diventi (Eralito)**

...frase questa che occorre fare nostra come odontoiatri per difendere e tutelare la salute della popolazione da questa pandemia.

## NUOVA MODALITÀ DI ACCESSO ALL'AREA RISERVATA DEL SITO DELL'ORDINE SWITCH-OFF E PASSAGGIO ALLO SPID

In ottemperanza al piano di transizione digitale disposto dal decreto Semplificazioni del luglio scorso è stato convertito nella legge n. 120 dell'11 settembre. Questo prevede, dal 1 marzo 2021, l'accesso ai siti web della Pubblica Amministrazione per tutti i nuovi utenti unicamente con Spid, con la Carta d'identità elettronica (CIE). A partire da questa data quindi, SPID/CIE sono le uniche credenziali accettate per accedere ai servizi online offerti dal portale web dell'Ordine (<https://omceova.igideweb.it/login>), Ente Pubblico non Economico, Sussidiario dello Stato.

**Le credenziali già rilasciate in precedenza potranno essere utilizzate non oltre il 30 settembre 2021 come previsto dalla Legge.**



## OBBLIGO PEC E DOMICILIO DIGITALE: 30 MAGGIO 2021 – TERMINE ULTIMO PER I PROFESSIONISTI PER METTERSI IN REGOLA COMUNICANDO LA PROPRIA PEC ALL'ORDINE

### RICORDIAMO CHE È PREVISTA ANCHE LA SOSPENSIONE!

L'art. 16 del D.L. 29 novembre 2008, n. 185, come modificato dall'art. 37 del D.L. 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120, prevede al comma 7 bis "7-bis. Il professionista che non comunica il proprio domicilio

digitale all'albo o elenco di cui al comma 7 è obbligatoriamente soggetto a diffida ad adempiere, entro trenta giorni, da parte del Collegio o Ordine di appartenenza. In caso di mancata ottemperanza alla diffida, il Collegio o Ordine di appartenenza applica la

sanzione della sospensione dal relativo albo o elenco fino alla comunicazione dello stesso domicilio. ... omissis..."

**Se non lo hai ancora fatto potrai comunicare la Tua Pec all'indirizzo istituzionale: [protocollo@pec.omceovarese.it](mailto:protocollo@pec.omceovarese.it)**

## ACCESSO AGLI UFFICI DELL'OMCEO VARESE

Come da disposizioni ministeriali, si ricorda che l'accesso agli uffici presso la sede dell'OMCeO Varese - Viale Milano n. 27 - è consentito esclusivamente previo appuntamento, contattando il **numero 0332 232401 dalle ore 9.00 alle ore 15.00 dal lunedì al venerdì.**

L'ingresso è consentito solo indossando i dispositivi di protezione individuali, rispettando le misure igienico-sanitarie prescritte.

Ogni comunicazione può essere inoltrata agli indirizzi istituzionali:

Email: [info@omceovarese.it](mailto:info@omceovarese.it)

Pec: [protocollo@pec.omceovarese.it](mailto:protocollo@pec.omceovarese.it)

## NUOVE ISCRIZIONI ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

## ● 15 DICEMBRE 2020

BIANCHETTI Lucrezia di Lugano (Svizzera)  
 ROSSI Luca di Olgiate Olona (VA)  
 BINDA Elena di Varese  
 CROCI Giovanni di Mozzate (CO)  
 DARA Marianna di Varese  
 FRANCONI Fabio Francois Vittorio di Pombia (NO)  
 GARZIA Patrizia di Lavagna (GE)  
 PORCARO Valeria di Brinzio (VA)

## ● 12 GENNAIO 2021

BONETTI Alessia di Lonate Pozzolo (VA)  
 DE ROSA Mariangela di Stuttgart (Germania)  
 MALNATI Silvia di Varese  
 TACE Marsona di Vergiate (VA)

## ● 2 FEBBRAIO 2021

FERIOLI Anna di Legnano (MI)  
 RIPOLONE Davide di Malnate (VA)  
 MODOLO Luca di Milano  
 TURCO Giovanni di Milano

## ● 2 MARZO 2021

DI ROCCO Michele di Brezno di Bedero (VA)  
 GUTIERREZ MARIGORTA Elena Maria di Olgiate Olona (VA)  
 MAGGIONI Paolo di Gallarate (VA)  
 MAZZUCHELLI Lorenzo di Varese  
 BELLINTANI Lorenzo di Milano  
 BELLOMO Monia di Varese  
 GRIMOLDI Ludovico di Cassinetta di Lugagnano (MI)  
 ONORATO Paolo di Varese

## ● 30 MARZO 2021

ARRIGOTTI Matteo di Castellanza (Va)  
 COLOMBO Simone di Tradate (Va)  
 DAMIANI Irene di Saronno (Va)  
 FILA Matteo di Arcisate (Va)  
 GALLAZZI Marco di Busto Arsizio (Va)  
 MARINI Stefania di Varese  
 MOIA Marco di Varese  
 PESENTI Sara Stella di Uboldo (Va)  
 PETTINATO Federica di Tradate (Va)  
 TORELLI Mario di Luino (Va)  
 ZAGHINI Marta di Varese  
 MAUGERI Antonino di Busto Arsizio (Va)

## ● 6 APRILE 2021

DI MARO Agostino di Varese

## CANCELLAZIONI ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

## ● 15 DICEMBRE 2020

## Per dimissioni

AVVINTI Luciano Alberto di Biandronno (VA)  
 BALABAN Cesar di Tradate (VA)  
 CANOSSA Giovanni di Busto Arsizio (VA)  
 DEPIESSE Danielle di Lussemburgo (Svizzera)  
 DIETZ Alfredo di Varese  
 FINAZZI Enrica di Crosio della Valle (VA)  
 MARCHI Bruno di Varese  
 MELONE Rosalba di Varese  
 MERLINI Flavia di Vergiate (VA)  
 PAGANI Daniela di Induno Olona (VA)  
 RIGO Monica di Dumenza (VA)  
 TOMASSINI Giuseppe di San Benedetto del Tronto (AP)  
 ULISSI Maria Agnese di San Benedetto del Tronto (AP)

## Per trasferimento ad altro Ordine

FERRARIO Matilde di Milano  
 Trasl. OMCeO Milano (decorrenza 30/10/2020)  
 MIGLIA Irene di Varese  
 Trasl. OMCeO Ravenna (decorrenza 03/12/2020)  
 TERZAGHI Michele di Milano  
 Trasl. OMCeO Pavia (decorrenza 10/12/2020)  
 UCCELLA Sara di Varese  
 Trasl. OMCeO Genova (decorrenza 29/09/2020)

## ● 12 GENNAIO 2021

## Per dimissioni

BUSNELLI Maurilia di Saronno (VA)  
 CASTELLANO Enrico di Varese  
 MAZARAKI Aspasia di Varese

## Per trasferimento ad altro Ordine

BERTELLI Sara di Milano  
 BEVIGLIA Emilio di Busto Arsizio (VA)  
 SANTINI Micaela di Padova  
 TURCONI Maria Grazia di Milano

## Rigetto nulla osta al trasferimento

BECCARIA Giacomo di Varese

## ● 2 FEBBRAIO 2021

## Per dimissioni

ROSSI Luigi di Varese  
 SUARDI Neva Eloisa di Varese  
 TENCONI Silvia Laura di Porza (Svizzera)

## Per trasferimento ad altro Ordine

BUDELLI Egidio Enrico di Marnate (VA)  
 DOSSI Filippo di Sassari  
 GAETANI Maria di Lecce

## ● 2 MARZO 2021

## Per trasferimento ad altro Ordine

BOSETTI Francesca Maria di Comabbio (VA)  
 DEGLI ALBIZI Francesca di Firenze  
 FACCIO Marina di Calenzano (FI)  
 PEROTA Martina di Magenta (MI)  
 PIERRI Maria di Milano  
 RIVI Stefano di Milano

## ● 30 MARZO 2021

## Per trasferimento ad altro Ordine

BRUGNONI Elisa di Varese  
 NUNZIATA Vanessa di Fano (Pu)  
 ROBUSTELLI Gianluca di Frosinone

## ● 6 APRILE 2021

## Per trasferimento ad altro Ordine

FERRARI Lucia di Como

**VARIAZIONI ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**

● 15 DICEMBRE 2020

CUCCARO Antonello - Specialista in Malattie dell'apparato cardiovascolare - Università degli Studi "Insubria" di Varese  
 BALLERIO Federico - Specialista in Medicina dello sport e dell'esercizio fisico - Università di Bologna  
 BONZINI Miriam - Specialista in Radiodiagnostica Università di Milano  
 CERIANI Francesca - Specialista in Malattie dell'apparato cardiovascolare - Università degli Studi "Insubria" di Varese  
 DE SANTI Silvia - Specialista in Otorinolaringoiatria Università di Pisa  
 SPOLLON Giulio - Specialista in Psichiatria Università di Perugia  
 OSCULATI Claudia - Specialista in Geriatria Università di Milano

● 2 FEBBRAIO 2021

PAPESSO Francesca Julia - Specialista in Cardiocirurgia Università di Brescia  
 LUNARDON Clara - Specialista in Neurologia Università Piemonte Orientale  
 CONTI Cristian - Specialista in Chirurgia Generale Università di Verona  
 BELLIN Valeria - Specialista in Anestesia Rianimazione, Terapia intensiva e del Dolore - Università di Milano Bicocca  
 SAPORITI Filippo - Master in Medicina Fisica e Riabilitativa Università di Pavia  
 CRENNÀ Stefano - Master abilitante allo svolgimento delle funzioni di Medico Competente - Università di Pavia

● 2 MARZO 2021

STISSI Placido - Specialista in Ortopedia e Traumatologia Università degli Studi "Insubria" di Varese

● 30 MARZO 2021

CARAVELLO Simone - Specialista in Dermatologia e Venerologia - Università di Brescia  
 GANDINI Vera - Master in Alimentazione ed Educazione alla salute - Università di Bologna  
 BORGHI Camilla - Specialista in Ginecologia e Ostetricia Università degli Studi "Insubria" di Varese  
 TOGNOLA Laura - Specialista in Psichiatria e Psicoterapia Ministero della Salute

**NUOVE ISCRIZIONI ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

● 15 DICEMBRE 2020

COSÌ Riccardo di Muggiano (LE)  
 GEMMA Emanuele di Laveno Mombello (VA)  
 SORIA Giulia di Tradate (VA)  
 YANGIROVA Ganna di Taino (VA)  
 CANIPAROLI Claudia Elena di Milano

● 12 GENNAIO 2021

GALPAROLI Martina di Tradate (VA)  
 LEIDI Maria di Mozzo (BG)  
 LUCCHESI Matilde di Varese  
 LULI Gloria di Varese  
 MAZZUCHELLI Eleonora di Cassano Magnago (VA)  
 SESSA Fabiola di Albizzate (VA)  
 TADIELLO Michele di Castronno (VA)

● 2 FEBBRAIO 2021

MAESTRELLO Simone di Arsago Seprio (VA)  
 SCIACKY Niccolò di Varese  
 FEDERIGHI Veronica di Milano  
 TURCO Giovanni di Milano

● 2 MARZO 2021

GALLINI Guglielmo Federico di Portofino (GE)

● 30 MARZO 2021

ZANGHÌ Letterio di Busto Arsizio (VA)

● 6 APRILE 2021

BOUSTANI Manhal di Lonate Pozzolo (VA)

**CANCELLAZIONI ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

● 15 DICEMBRE 2020

**Per dimissioni**  
 CANOSSA Giovanni di Busto Arsizio (VA)  
 LEVA Silvio di Veduggio (VA)  
 TOVAGLIERI Giorgio di Busto Arsizio (VA)  
 VALCARENGHI Ugo di Laveno Mombello (VA)

**Per trasferimento ad altro Ordine**

MANGANIELLO Celestino di Cardano al Campo

● 12 GENNAIO 2021

**Per dimissioni**  
 AYUSO LOZANO Vanessa di Busto Arsizio (VA)  
 CATTORETTI Marco di Bodio Lomnago (VA)  
 LAURENDI Francesco di Cermenate (CO)  
 SCOGNAMIGLIO Cristian di Mendrisio (Svizzera)

**Per trasferimento ad altro Ordine**

FERREIRA DOS SANTOS NETO Fernando di Olgiate Olona (VA)  
 PROVENZANO Daniele di Bergamo

● 2 FEBBRAIO 2021

**Per dimissioni**  
 ROSSI Luigi di Varese

**Per trasferimento ad altro Ordine**

BUDELLI Egidio Enrico di Marnate (VA)

● 2 MARZO 2021

**Per trasferimento ad altro Ordine**

CELESTINO Silvio di Milano

**VARIAZIONI ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

● 2 FEBBRAIO 2021

CIATTI Alberto - Master in Implantologia Zigomatica Università di Pisa

● 2 MARZO 2021

BRUSAMOLINO Fabio - Specialista in Odontoiatria Pediatrica - Università degli Studi "Insubria" di Varese  
 CARRARO Marco - Master in Sedazione ed Emergenza Human Centered Project - Università di Padova

**RICORDIAMO I COLLEGHI CHE CI HANNO LASCIATO**

GIORGETTI MARIA CARLA di Cazzago Brabbia	deceduta il 04/06/2020
POZZI GIANCARLO di Castellanza (VA)	deceduto il 22/07/2020
CORVI GIUSEPPE di Saronno	deceduto il 02/11/2020
MAZZUCHELLI LINO di Besnate	deceduto il 22/11/2020
PALTRINIERI EMILIO di Varese	deceduto il 23/11/2020
MIOTTI SERGIO di Gallarate	deceduto il 01/12/2020
CONSOLARO AGOSTINO di Gallarate	deceduto il 08/12/2020
MAIERON MARIO di Varese	deceduto il 10/12/2020
PELLEGATTA LUIGI di Busto Arsizio (Va)	deceduto il 03/01/2021
REGINE PALMA di Busto Arsizio (Va)	deceduto il 04/01/2021
RINETTI LIVIO di Maccagno (Va)	deceduto il 05/01/2021
GIORGETTI ETTORE MARIO di Luino (VA)	deceduto il 29/01/2021
MARGIOTTA ANGELO di Turate (CO)	deceduto il 14/02/2021

**RIEPILOGO DEGLI ISCRITTI AL 12 APRILE 2021**

Nominativi iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi	5079
Nominativi iscritti solo all'Albo dei Medici Chirurghi	4646
Nominativi iscritti all'Albo degli Odontoiatri	976
Nominativi iscritti solo all'Albo degli Odontoiatri	543
Nominativi con Doppie iscrizioni	433
<b>Totale delle iscrizioni</b>	<b>6055</b>
<b>Totale delle persone fisiche iscritte</b>	<b>5622</b>

