



OMCeO
Varese

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Varese

3 | 2021

Il Bollettino

**Vaccini,
facciamo
il punto**



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
PEC: protocollo@pec.omceovarese.it

Si ringrazia il professor Paolo Grossi,
per il prezioso contributo scientifico
apportato a questo numero del Bollettino

Bollettino OMGeO Varese

DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

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

Gli articoli sono pubblicati sotto l'esclusiva
responsabilità dei autori, le idee sono personali
e non impegnano la Direzione del Bollettino

I contributi per il bollettino dovranno essere
inviati a: bollettino@omceovarese.it
e verranno pubblicati secondo l'insidiabile
giudizio del Comitato di Redazione.

3 | 2021 Sommario

EDITORIALI

Medici non vaccinati, norme e responsabilità
Testimoni del tempo

4

TESTIMONIANZE E RIFLESSIONI

Intervista a Marco Magrini, Coordinatore Comitato tecnico
di sorveglianza Covid 19 di Ats Insubria

8

L'APPROFONDIMENTO

Report vaccinazioni Covid ASST Sette Laghi
Report vaccinazioni Covid Malpensa Fiere
Distretto Saronno
Il ruolo degli uomini della Nato nella pandemia
I timori non sempre giustificati sui vaccini anti-Covid 19

11

STORIA DELLA MEDICINA

I primi dispositivi di protezione individuale: il becco del Dr Schnabel

28

MEDICI VACCINATORI, TESTIMONIANZE

Vaccinatore: esperienza positiva anche per un pensionato
A vaccinare mi sono sentito davvero utile
Medico volontario vaccinatore, una scelta inevitabile
Il Medico del Lavoro nel periodo Covid
Volontario in Africa, vaccinatore a Varese

30

ODONTOIATRI

La saliva, da acerrimo nemico a prezioso alleato nella lotta contro il Covid

39

MEDICINA SOLIDALE

Medici con l'Africa Cuamm, dieci anni di attività a Varese

42

DIARIO DELL'ORDINE

44

MEDICI NON VACCINATI, NORME E RESPONSABILITÀ

Dopo settimane di miglioramento, si registra un'inversione di tendenza. Gli indicatori della pandemia registrano un peggioramento per la circolazione della variante Delta. Un cambiamento che, pur non creando eccessivi allarmi, conferma come l'infezione non si sia ancora conclusa, invitando tutti a non abbassare la guardia. La situazione è sotto controllo, i cicli di vaccinazione stanno procedendo spediti, i reparti di terapia intensiva non registrano un aumento di nuovi ingressi. Tuttavia la battaglia contro il coronavirus continua – deve continuare. Una battaglia che, come abbiamo già sottolineato sulle pagine digitali di questo bollettino, vede i medici operare in prima linea, impegnati in tutto il Paese nella campagna vaccinale di massa, presso i grandi hub, cliniche e ospedali, o a domicilio nel caso i pazienti si trovino in condizioni gravi. Un panorama ampio e articolato che su questo numero del bollettino vogliamo fotografare.

Ma su questo sfondo, si colloca anche una questione della massima importanza: il problema dei medici che non

di **Giovanna Beretta**
Presidente **OMCeO Varese**



si sono vaccinati, un tema che da settimane suscita attenzione e polemiche tra addetti ai lavori e nei circuiti dei media. Senza dubbio stiamo ragionando su una condizione paradossale: chi deve, per legge e dovere professionale, garantire con la vaccinazione la tutela della salute dei cittadini, sceglie di non vaccinare se stesso, mettendo così in serio pericolo la salute propria e dei cittadini. Una questione di grande impatto sul mondo sanitario e sull'opinione pubblica, che per le implicazioni e gli effetti che produce travalica i singoli interessati, le loro opinioni, le polemiche, per diventare un tema generale della massima importanza. Agli Ordini dei medici provinciali, si è rivolta recentemente la Fnomceo (comunicazione n. 135 del 21 giugno scorso), con un documento che offre un preciso inquadramento della questione e un approfondimento del ruolo degli ordini professionali in riferimento ai medici non vaccinati.

In relazione all'obbligo di vaccinazione per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 per tutti gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario introdotto dall'art.4

del DL n.44/2021, convertito in Legge n.76/2021, la Fnomceo è intervenuta presso il Ministero della Salute che ha definitivamente chiarito la natura della sospensione dall'esercizio professionale dei professionisti che non ottemperino all'obbligo vaccinale e i conseguenti provvedimenti che gli Ordini devono adottare.

Spetta all'Azienda sanitaria accertare "la mancata osservanza dell'obbligo vaccinale dalla quale discende la sospensione ex lege dall'esercizio della professione sanitaria e dalla prestazione dell'attività lavorativa. L'accertamento viene comunicato dalla ASL all'interessato, al datore di lavoro e agli Ordini professionali perché ne prendano atto e adottino i provvedimenti e le misure di competenza".

DL n. 44 1/4/21 art 4 Comma 6 - omissis **L'adozione dell'atto di accertamento da parte dell'azienda sanitaria locale determina la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2.**

Comma 7 **La sospensione di cui al comma 6, è comunicata immediatamente all'interessato dall'Ordine professionale di appartenenza omissis**

Dunque, continua la Fnomceo, "la sospensione è comunicata immediatamente all'interessato dall'Ordine professionale". La Fnomceo sottolinea poi che "una volta ricevuto l'atto di accertamento della ASL l'Ordine e, nello specifico, la competente Commissione d'Albo, deve adottare tempestivamente delibera di Commissione avente carattere di mera presa d'atto della sospensione del professionista interessato riportando l'annotazione relativa nell'Albo".

Infine, come rimarca la Fnomceo, "l'Ordine si trova nei confronti dell'accertamento della ASL in una posizione di mero esecutore rispetto a provvedimento adottato da altro soggetto giuridico conseguentemente al quale deve necessariamente dar seguito e contemporaneamente deve dare comunicazione all'interessato degli effetti che dall'atto di accertamento della ASL discendono che consistono nella sospensione temporanea dall'esercizio della professione fino all'assolvimento dell'obbligo vaccinale o comunque non oltre il 31 dicembre 2021. Nella comunicazione succitata dovrà inoltre essere evidenziato che nei confronti del provvedimento di sospensione è ammesso unicamente ricorso amministrativo al TAR nei termini di 60 gg. dalla data di notifica".

Ministero della Salute e Fnomceo, dunque, hanno chiarito in modo dettagliato i contorni della questione e gli adempimenti che ne conseguono per gli Ordini provinciali. Resta tuttavia necessaria una considerazione finale, al di là di questi chiarimenti normativi pur indispensabili. Resta necessario un richiamo al valore della responsabilità, che da sempre appartiene ad ogni medico nell'esercizio della professione. Un valore incarnato appieno dalle migliaia di camici bianchi che, dall'inizio della pandemia, ad ogni latitudine, si sono adoperati con fatica e sacrificio a curare e tutelare la salute dei pazienti, vicini a loro e alle loro famiglie soprattutto nei momenti più duri della pandemia, che è stata ed è tuttora avversata con gli strumenti messi a disposizione dalla ricerca scientifica, tra cui i vaccini. Le misure di prevenzione e sicurezza, stabilite dagli enti preposti, devono essere osservate da tutti, quali garanzie per tenere il virus sotto controllo e tutelare la salute pubblica. Nessuno può chiamarsi fuori, tanto più i camici bianchi che devono tenere in questi tempi difficili un comportamento esemplare nell'osservare le misure anti-covid. Con fermezza e con quel senso di responsabilità al quale la professione medica è legata indissolubilmente.

TESTIMONI DEL TEMPO

“Non vengono da un altro pianeta e non nascono dal nulla. I responsabili della prossima pandemia sono già tra noi, sono i virus che colpiscono gli animali ma che potrebbero da un momento all'altro fare un salto di specie -uno spillover in gergo tecnico- e colpire anche gli esseri umani”. Una incredibile lettura quella di “Spillover” (2012), un libro dello scrittore americano David Quammen unico nel suo genere e non solo per la meticolosa ricerca con cui ha condotto in sei anni questo reportage seguendo medici e scienziati nelle foreste congolese, nelle fattorie australiane, e nei mercati delle affollate città cinesi, ma soprattutto per aver intuito questa pandemia con quasi quindici anni di anticipo. È impressionante a volte come la Letteratura e menti visionarie siano in anticipo sui tempi e che con quale profetica leggerezza portano l'uomo a riflettere su problematiche non più solo fantascientifiche, ma reali e imminenti. Profeti inascoltati, così come lo stesso Bill Gates il quale affermò nel corso di una conferenza oltre sette anni fa: «L'Ebola ci ha offerto un

vantaggio enorme, dal momento che il virus restava intrappolato nel corpo, e i malati erano presto ridotti al letto con scarsa possibilità di infettare altri. Immaginate cosa succederebbe oggi se una delle varianti della aviaria cinese cominciasse ad attraversare gli oceani insieme alle 30.000 persone che ogni giorno transitano dal Paese asiatico verso il resto del mondo». L'insigne oratore lamentava che l'esperienza dell'Ebola fosse servita a poco perché non aveva creato una ricerca accelerata di un vaccino, né aveva convinto i Paesi che hanno lottato per difendersi dal contagio a mettere in campo misure collettive di prevenzione per il futuro. E questa suggestione altro non è che l'anticipazione della nostra storia più recente, e che ci può insegnare, così come i dinosauri, 60 milioni di anni fa sono stati spazzati via da un meteorite grande come l'Europa, anche il genere umano può essere cancellato, magari, da un microrganismo poco più grande di pochi nanometri. Basterebbe rileggere il capolavoro “La nube purpurea” uno dei primi romanzi fantascientifici del 1901 di M. P. Shiel dove si narra la quasi estinzione dell'umanità a causa

di **Dino Azzalin**
Direttore editoriale



di microrganismi letali contenuti in una nube venefica, o Dissipatio HG di Guido Morselli (1977) dove per Hg si intende appunto Humanis Generis, per capire quanto la fantapolitica, e la sparizione del genere umano siano a volte vicinissime alla realtà. Fortunatamente non è ancora così, almeno questa volta. Piero Chiara scriveva invece sul Corriere del Ticino 1975 all'interno della rubrica “Sale e Tabacchi”: “Come quel medico che scoprì i primi vaccini, il quale provava su di sé gli innesti, io sono tale scrittore prova la vita prima di raccontarla”. A noi tutti è capitato di vivere questo tempo tragico, unico, epocale ma anche straordinario, e allo stesso modo provato i tanto vituperati “innesti” che ci tocca ora raccontare come la più grande vaccinazione planetaria di tutti i tempi. Ciò che conta ora è continuare a vaccinare perché è bene non scordarlo, che solo lo sforzo umano, il dispiego di mezzi e risorse, la scienza con tecnologie innovative e una grande corsa contro il tempo, hanno permesso il controllo della pandemia e non altro. L'uomo, messo alla prova, con la sua presupposta “onnipotenza” ancora una volta ha

subito un grave contraccolpo, ma non c'è scampo da una mera equazione matematica: più saranno i vaccinati più saremo vicini alla fine di questa terribile vicenda. Certo sul campo di battaglia sono rimasti milioni di vittime e una sequela di effetti a strascico, e anche diffidenza verso i vaccini, campagne scellerate no-vax, ma le persone che nel mondo vivranno di più e che non saranno uccise dal virus, saranno miliardi. Questa è l'unica cosa che conta. Anche se le vittime del panico e del male oscuro hanno messo in evidenza solitudini sommerse e fragilità spesso inspiegabili, l'industria farmaceutica ha mostrato i propri muscoli e ci ha consentito un passo in avanti verso la liberazione, se non dal virus, dalla sua micidiale morsa. Non è finita, lo vediamo con l'imperversare delle varianti, e ormai dobbiamo accettare che la pandemia si trasformi in malattia endemica presente tra noi con l'aria che respiriamo. Purtroppo ci siamo lasciati andare al clima estivo, al relax delle vacanze, e secondo le dichiarazioni del “nostro” prof. Grossi il vaccino previene l'aggravarsi della malattia ma non dà protezione assoluta nei confronti dell'infezione, anche se vaccinarsi è l'unico modo per contrastarla, dati alla mano infatti il 97% dei nuovi casi si osserva in persone non vaccinate ed i pochi casi registrati in soggetti vaccinati sono lievi e non evolvono verso quelle forme gravi che abbiamo osservato nei mesi scorsi soprattutto



nei soggetti anziani e “fragili”. Il vaccino non è un bene personale ma un imperativo globale, tutti ne hanno il diritto (e anche il dovere a questo punto) non solo per il titolo alla salute, ma per il bene dell'Umanità. E la loro liberalizzazione, come auspicato dal presidente degli Stati Uniti, Biden renderà più sicuri i confini tra i Continenti, perché se in Inghilterra ora imperversa la variante Delta, in Africa, i casi di Covid 19 Africa stanno aumentando di giorno in giorno, più saranno i vaccinati con la seconda dose, meno catastrofiche saranno le conseguenze. Purtroppo le file della della Caritas dei poveri sono state sicuramente più lunghe di quelle dei vaccinati ed è questa la vera tragedia di questo tempo perché l'impasse economica è direttamente proporzionale a quella pandemica. Si morirà sempre senza tregua, con gli acconti umani del dolore, coi saldi temporali del destino, né il vaccino ci darà il passaporto per l'eternità. Sotto un cielo commosso e tragico ho visto per la prima volta l'uomo piegato dalla sua fragilità, e la Natura, tanto offesa martoriata dall'uomo, rifiorire e rige-

nerarsi. Ma ho sentito anche nell'essere presente personalmente come volontario alla campagna vaccinale, la solidarietà medica e umana, e come testimone del tempo la responsabilità di professionista e di uomo. È stata ed è un'esperienza importante fatta di incontri, di gioia, di relazioni, di bellezza, dove si riconosce il valore degli altri, dove si diventa ancor più ricchi dentro. Insieme ai pazienti ho avuto modo, infatti, di incontrare una straordinaria comunità degli animi uniti da un obiettivo comune, quello di “punzecchiare” tutti e al più presto, vincere la diffidenza e le paure e dar loro un futuro di salute. E ai volontari, a tutti gli attori di questa campagna per la salute globale, senza tifoserie o casacche, all'Esercito, alla Croce Rossa, alla Protezione civile, ai tutti medici vaccinatori, agli (alle) infermiere, ai responsabili amministrativi, ai capi turno, agli intrattenitori, organizzatori dell'ATS, agli specializzandi, ai medici pensionati, ai MMG, agli ospedalieri, agli universitari, ai responsabili della logistica, agli addetti al riordino e alla pulizia, a tutti va il nostro: GRAZIE! Ma non abbassiamo la guardia.

INTERVISTA A MARCO MAGRINI, COORDINATORE COMITATO TECNICO DI SORVEGLIANZA COVID 19 DI ATS INSUBRIA

Quale la situazione attuale, nel territorio provinciale, della campagna vaccinale? Possibile farne un bilancio, sia pure provvisorio?

Il bilancio attuale della campagna vaccinale della Regione Lombardia è estremamente positivo. Il sistema Regione Lombardia sta funzionando secondo quanto pianificato, ed è riuscito ad assorbire, grazie alla collaborazione del livello locale e nazionale anche le criticità che nel corso dell'ultimo mese si sono presentate.

Ad oggi sono state somministrati più quasi 12 milioni di vaccini e solo negli ultimi 20 giorni sono state effettuate più di 2 milioni di dosi, confermando una media giornaliera di più di 100.000 dosi/die, pari a numero di dosi per 100 mila abitanti pari a 114,9, cioè il più alto in Italia e della media europea e di quasi 10 punti superiore a quello tedesco o francese. Al momento, sono state vaccinate completamente quasi 5,2 milioni di persone e a fine agosto avremo vaccinato completamente circa 7 milioni di persone. La ATS di Varese è la seconda in regione per somministrazioni, ad oggi

1,7 milioni, e per copertura di vaccinazioni. Il 58% della popolazione della ATS è vaccinata completamente e il 75% percento ha ricevuto almeno una dose. Per la provincia di Varese il 54% di cittadini è completamente vaccinato e il 73% della popolazione è coperta da almeno una prima vaccinazione. Il target vaccinale esclude i minori di 12 anni. La copertura per fasce della provincia è in linea con i dati regionali. Con questa evoluzione, come da programma il raggiungimento della immunità di comunità verrà raggiunta a settembre.

I risultati effettivi sono una chiara diminuzione dei contagi, dell'utilizzo delle terapie intensive e dei ricoveri negli ospedali. Purtroppo, la battaglia contro il Virus non è ancora finita: nonostante i parametri di copertura vaccinale della provincia di Varese e della Lombardia siano tra i migliori in Italia, ed in Europa, possono ancora essere migliorati. Le fasce 12-19 e quelle degli over 60 sono un obiettivo primario. Per questo si sta anche pensando allo sviluppo di iniziative ad hoc, oltre a quelle già messe in atto dalla Regione. L'obiettivo primario è

a cura di **Andrea Giacometti**
Caporedattore



fare riprendere l'attività produttiva e scolastica in piena sicurezza.

La variante Delta è in crescita, al punto che si parla di una nuova ondata ad autunno. Come vi preparate a questa eventualità?

Come riporta dal ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) la variante delta è dal 40 al 60% più trasmissibile rispetto all'Alpha e può essere associata ad un più alto rischio di ospedalizzazione. Inoltre, ci sono prove che coloro che hanno ricevuto solo la prima dose di un ciclo di vaccinazione a due dosi siano meno protetti contro l'infezione con la variante Delta che contro altre varianti, indipendentemente dal tipo di vaccino. Tuttavia, la vaccinazione completa fornisce una protezione quasi equivalente contro la variante Delta. Quindi la risposta è una sola vaccinarsi e completare il prima possibile il ciclo di vaccinazione. Con l'attuale capacità di somministrazione e le scelte di accelerare ad agosto il richiamo, vista la disponibilità dei vaccini, è quello che la regione ha già programmato. Il

decreto-legge 105 del 23 luglio Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche, sta avendo un effetto positivo, visto che i cittadini hanno ripreso a prenotarsi: in tal modo speriamo di completare in modo omogeneo tutte le fasce di età arrivando prima alla immunità di comunità.

Hub e medici sul territorio: un mix efficace per la vaccinazione di massa?

Il cambio di paradigma della Regione Lombardia, che l'ha portata ad essere la regione di riferimento per la somministrazione dei vaccini a livello europeo, sono stati determinati da: l'attivazione dei Centri vaccinali massivi, la realizzazione di un governance che favorisce la collaborazione continua tra centro e territorio e una attenta e maniacale attenzione del sistema alla programmazione delle attività. Senza i centri massivi non sarebbe stato possibile raggiungere i livelli di produttività e di efficienza che sono le caratteristiche della campagna vaccinale lombarda. Pertanto, i centri vaccinali sono la giusta risposta in questo momento. La collaborazione con i medici del territorio è stata fondamentale, sia durante la fase erogativa, attraverso il loro apporto diretto nei centri vaccinali, sia per l'azione di coinvolgimento dei cittadini per l'adesione alla campagna.



Marco Magrini

Il loro contributo alla campagna non è comunque finito, in quanto devono rendere sempre più consapevoli i loro assistiti che la vaccinazione è la risposta al pericolo del Virus e la risposta alle varianti. Il livello di copertura della regione Lombardia dimostra che nella nostra regione la proiezione del numero di possibili nuovi positivi è tra i più bassi in Italia., grazie al numero di cittadini vaccinati completi. Il ruolo dei medici sarà poi essenziale nelle fasi successive della campagna. L'unità di crisi, infatti, ha già predisposto un primo piano per la cosiddetta fase 3, per un eventuale ulteriore richiamo. LA ATS di Varese ha anche previsto un proprio contributo di un modello innovativo di cooperazione che è stato valutato tra i più interessanti ed efficaci.

Le dosi giunte nella nostra provincia sono sempre state in numero adeguato?

A fine giugno, si è verificata una riduzione complessiva della disponibilità dei vaccini a livello nazionale. L'unità di crisi ha, in tempo, attuato tutte le misure necessarie per superare questa criticità minimizzando il più possibile i disagi per i cittadini e assicurando che tutte le seconde dosi siano fatte nei tempi previsti. Grazie alla forte collaborazione tra la Unità di crisi e la Struttura del Commissario Straordinario Figliuolo, è stato possibile ricevere delle dosi aggiuntive che hanno consentito, non solo di eliminare le eventuali criticità ma di riprendere un ritmo costante di vaccinazioni. I

numeri dell'ultimo mese dimostrano come tutti gli obiettivi siano stati pienamente raggiunti. Alla base di tutto c'è il sistema di programmazione della unità di crisi che vede la strettissima e continuativa collaborazione con le singole ATS e ASST. Questo sistema consente di non avere disequazioni tra i vari territori della regione, ma altresì che tutti siano omogenei per la sicurezza, sia della singola area che della intera regione. Pertanto, in tutto il territorio le dosi sono sempre state distribuite omogeneamente e adeguatamente sulla base delle disponibilità. La macchina produttiva della Lombardia prevedeva la possibilità di andare a 140mila vaccini al giorno. A livello nazionale non c'è mai stata questa capacità ma la macchina vaccinale regionale ha comunque raggiunto punte di 116mila 117 mila dosi al giorno e per Varese punte di 17,7 mila dosi giornaliere. Quindi il 15% delle dosi veniva effettuato nella nostra provincia. Al momento quindi non sono tanto i vaccini a rappresentare un fattore di criticità ulteriore, ma il recupero dei cittadini che non sono riusciti o non hanno ancora voluto vaccinarsi.

Vaccini nel futuro: cosa accadrà? (richiami, dosi uniche anti-Covid e antinfluenzale...)

Con il Covid non è possibile fare delle previsioni a lungo periodo: solo 1 mese fa non si parlava di variante



delta, né di regole precise per il green pass, etc. La velocità di cambiamento e le variabili sono tali che è difficile fare una precisa previsione del futuro. Da parte della Unità di Crisi, stiamo lavorando alla possibile fase 3 di richiamo, in modo tale da essere pronti nel caso si debba verificare. Per quanto riguarda la ricerca scientifica nell'ambito Covid 19 sono sempre in corso la presentazione di nuovi vaccini anche con soluzioni innovative. Visto che presumibilmente il Covid ci accompagnerà per molto tempo le ricerche sono volte a trovare il modo di somministrare il vaccino con il minore impatto sulle strutture sanitarie, consentendo loro quindi di ritornare a curare i cittadini e recuperare il tempo perso. La ricerca scientifica sta andando verso forme di somministrazioni sempre più semplici,

come tra l'altro avviene anche per i normali vaccini antiinfluenzali. Tra le ricerche di NEXT GENERATION VACCINE, guardiamo con interesse agli studi e alle sperimentazioni di vaccini assumibili oralmente o via Spray. Quando questi prodotti saranno disponibili non possiamo ancora dirlo, ma sicuramente rappresenteranno una svolta tecnologica fondamentale nella lotta al Virus e per una ripresa della normale attività. Un fattore che comunque ci preme sottolineare nella innovazione e che oltre alle cure per il Covid ci dobbiamo anche preoccupare degli impatti, anche in termini di salute mentale, che la pandemia ha lasciato sulla popolazione: la sfida principale, in cui tutti siamo coinvolti, è quindi quella di lavorare per tornare alla totale normalità.

REPORT VACCINAZIONI COVID ASST SETTE LAGHI

Asst sette laghi ha iniziato la somministrazione della vaccinazione covid il 27 dicembre 2020. La campagna è proseguita con l'offerta prima al personale afferente all'azienda poi alle categorie previste dalle note Ministeriali e Regionali, erogando presso tutti i presidi ospedalieri afferenti. In aprile, in coerenza con le indicazioni Regionali, con il contributo del Sindaco di Varese e di Rancio Valcuvia, nonché Presidente della Comunità Montana, sono stati attivati gli Hub

Massivi di Schiranna e Rancio, con una capacità produttiva rispettivamente di 20 linee a Schiranna (2880 vac/die) e 10 linee a Rancio (1440 vac / die) con la partecipazione attiva dei Medici di Medicina di Medicina Generale e della CRI con Medici volontari, coinvolti grazie all'iniziativa di invito a collaborare proposta dall'Ordine dei Medici di Varese. Importante e fondamentale è stata la collaborazione dell'Esercito, della Protezione Civile e delle Associazioni di Volontariato.

di Augusta Diani
Direttore F. F. Area Territoriale Varese
Responsabile UOS Vaccinazioni
ASST dei Sette Laghi

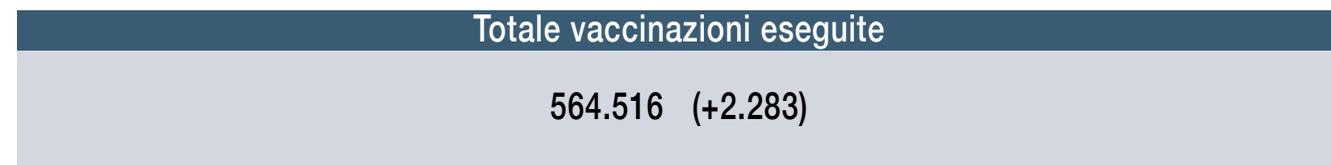
Al 30 luglio abbiamo somministrato **564.516** vaccinazioni di cui 309.282 prime dosi e 255.234 seconde dosi. Abbiamo vaccinato con due dosi (ciclo completo) il **65 %** della popolazione di riferimento di cui:

- 84% degli over 80
- 89% dei 65-79 anni
- 86% dei 60-64 anni
- 72% dei 45-59 anni
- 38% dei 19-44 anni
- 11% dei 16-18 anni
- 3% dei 12-15 anni.



REPORT VACCINAZIONI COVID ASST DEI SETTE LAGHI

da "REPORT VACCINI COVID"
ASST dei Sette Laghi
Operations Management Office e COV
Ing. Poggialini Giovanni, Ing. Ferri Luca,
Ing. Selva Alice, Ing. Squara Anna (PDS),
Ing. Salerno Piergiorgio, Dott. Bardelli Tommaso
(dati al 30.07.2021)

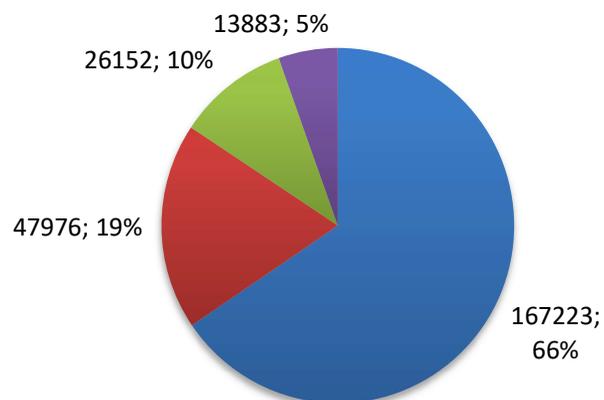
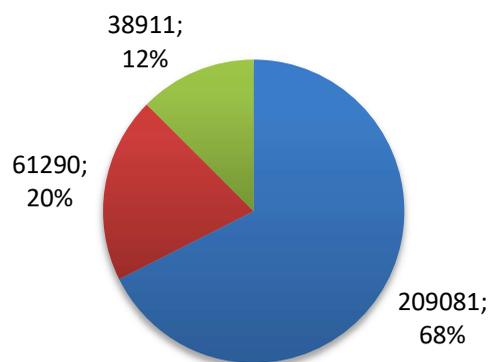


Prime dosi

Ciclo vaccinale completo

309.282

255.234



■ PFIZER 1° ■ ASTRAZENECA 1° ■ MODERNA 1°

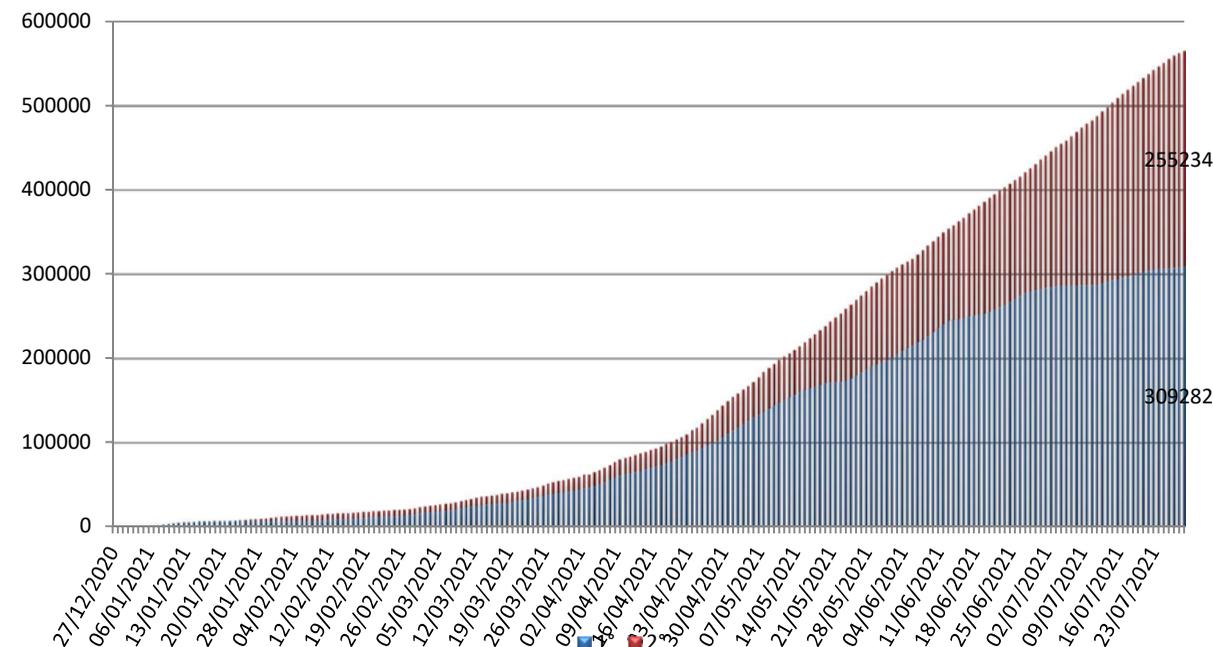
■ PFIZER 2° ■ ASTRAZENECA 2° ■ MODERNA 2° ■ J&J

+1.358 (da ieri)

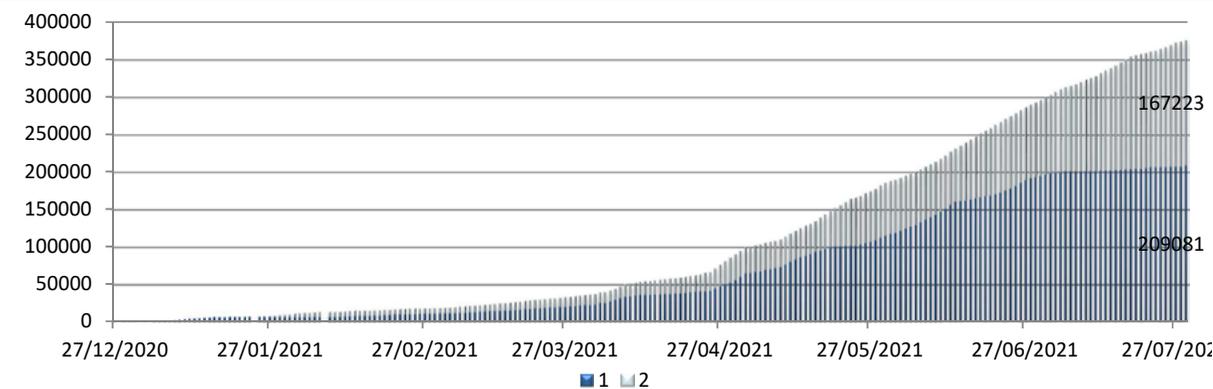
+925 (da ieri)

	ANGERA	TRADATE	RANCIO	SCHIRANNA
EROGATO	83	113	299	1718
PROGRAMMATO	87	112	289	1764
E/P	95%	101%	103%	97%

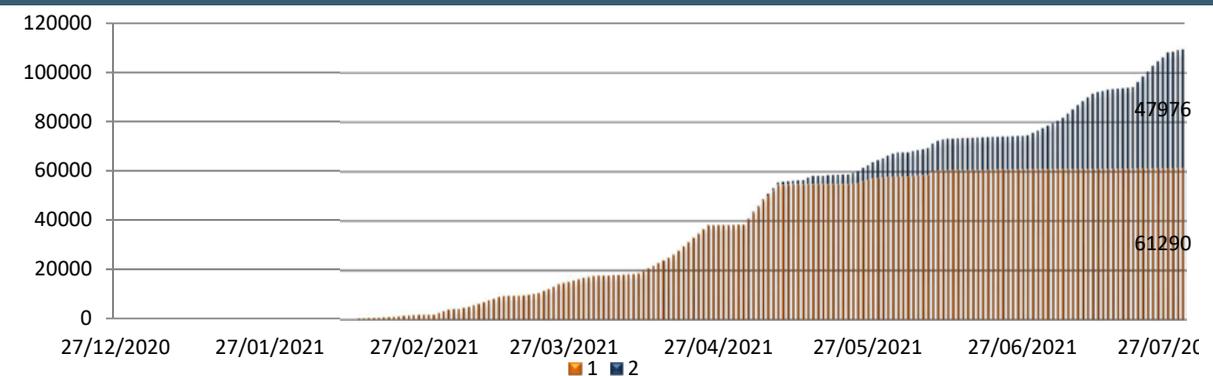
Incremento totale



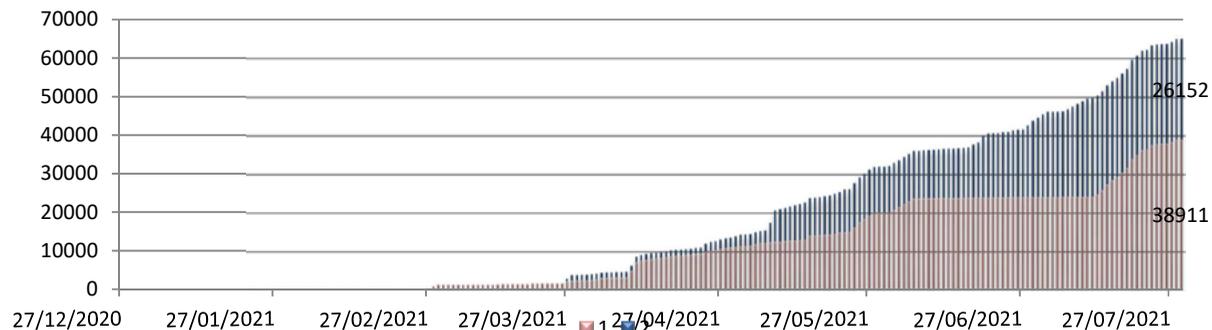
Incrementale Pfizer



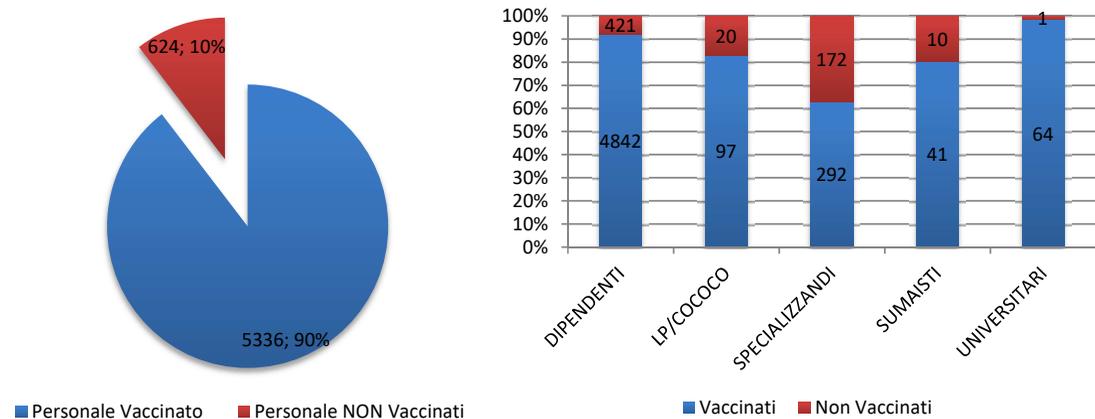
Incrementale AstraZeneca



Incrementale Moderna



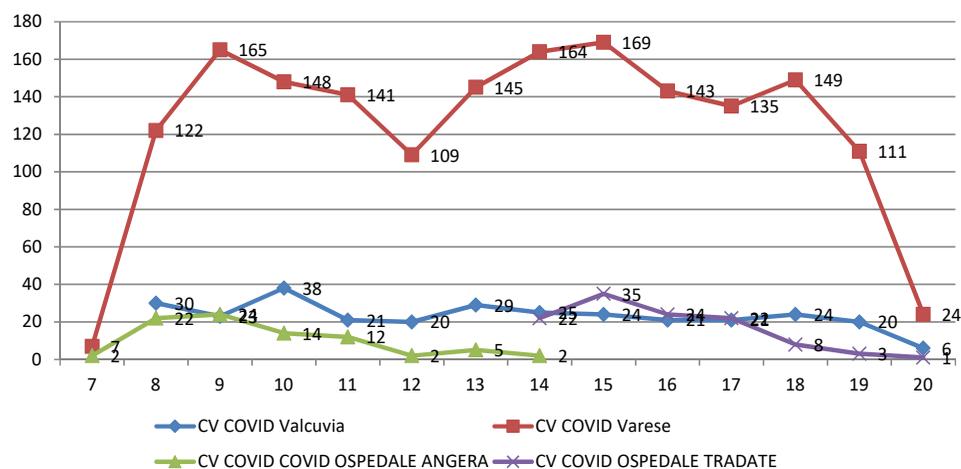
Focus personale ASST dei Sette Laghi



Vaccinati per fascia oraria

Di seguito viene riportato il grafico rappresentante il numero di vaccinati per fascia oraria nella giornata di ieri per le sedi di Schirana e Rancio Valcuvia.

NB: I vaccinati vengono raggruppati per singola ora per permettere una migliore leggibilità del grafico (es. 120 vaccinati alle 8 rappresentano 120 utenti vaccinati tra le 08:00:00 e le 08:59:59)

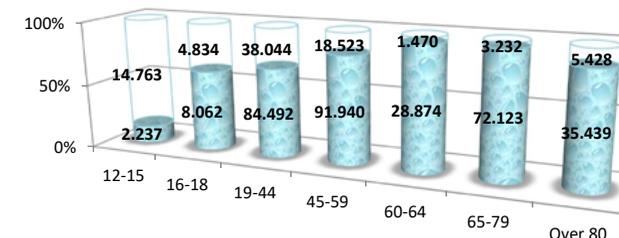


Vaccinati per popolazione

Di seguito sono riportate le vaccinazioni per fasce d'età suddivise tra I dosi e popolazione vaccinata a ciclo completo (hanno ricevuto I e II dose o hanno ricevuto vaccino a dose unica JJ) effettuate presso l'ASST dei Sette Laghi in funzione della popolazione di riferimento. Si precisa che per la popolazione 12-15 anni è stata effettuata una stima su base ISTAT in quanto non è a disposizione il dato puntuale.

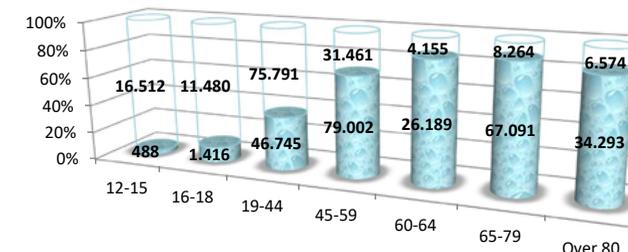
POPOLAZIONE RIFERIMENTO	12-15	16-18	19-44	45-59	60-64	65-79	Over 80
	17.000	12.896	122.536	110.463	30.344	75.355	40.867

I DOSI



% POPOLAZIONE VACCINATA	12-15	16-18	19-44	45-59	60-64	65-79	Over 80	%TOTALE
	13%	63%	69%	83%	95%	96%	87%	82%

CICLO DI VACCINAZIONE COMPLETO



% POPOLAZIONE VACCINATA	12-15	16-18	19-44	45-59	60-64	65-79	Over 80	%TOTALE
	3%	11%	38%	72%	86%	89%	84%	65%

Cruscotto

Le dosi ricevute sono calcolate come dato storico abbinando numero 6 dosi/fl, numero 10 dosi/fl AstraZeneca e numero 10 dosi/fl Moderna.

Le dosi erogate sono quelle effettive registrate che quindi negli ultimi periodi risentono delle recenti direttive AIFA che hanno mediamente concesso una dose aggiuntiva/fl per ciascun tipo di farmaco. Per tal motivo è possibile che in caso di giacenze ridotte la percentuale del consumato rispetto al ricevuto sia superiore di qualche punto percentuale al 100%.



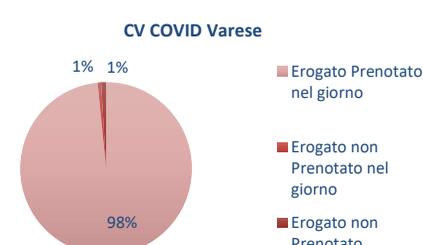
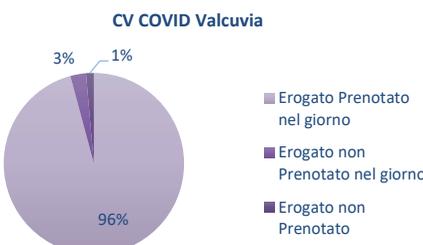
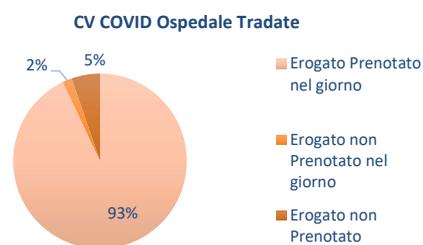
Congruità prenotato/erogato

La tabella di seguito riportata riepiloga le erogazioni effettuate presso i Centri Vaccinali Massivi, confrontando la coerenza tra i prenotati e i programmati.

In particolare vengono riportate le seguenti informazioni:

- **Prenotato:** indica il numero di prenotati previsti nella giornata in oggetto
- **Erogato:** rappresenta il numero di vaccinazioni effettuate nella giornata in oggetto
- **Erogato prenotato nel giorno:** è costituito dal numero di utenti vaccinati che presentano una prenotazione nella giornata in analisi
- **Erogato non prenotato nel giorno:** rappresenta il numero di utenti che sono stati vaccinati nella giornata in analisi anche se la prenotazione sul sistema Poste fa riferimento ad un'altra data (compresa tra ±15 giorni dalla giornata in analisi)
- **Erogato non prenotato:** indica il numero di utenti vaccinati per i quali non risulta una prenotazione sul sistema Poste compresa tra ±15 giorni dalla giornata in analisi.
- **Erogato accesso libero (Over 60):** indica il numero di utenti vaccinati che si sono presentati senza prenotazione presso i centri vaccinali e presentano un'età maggiore o uguale a 60 anni.

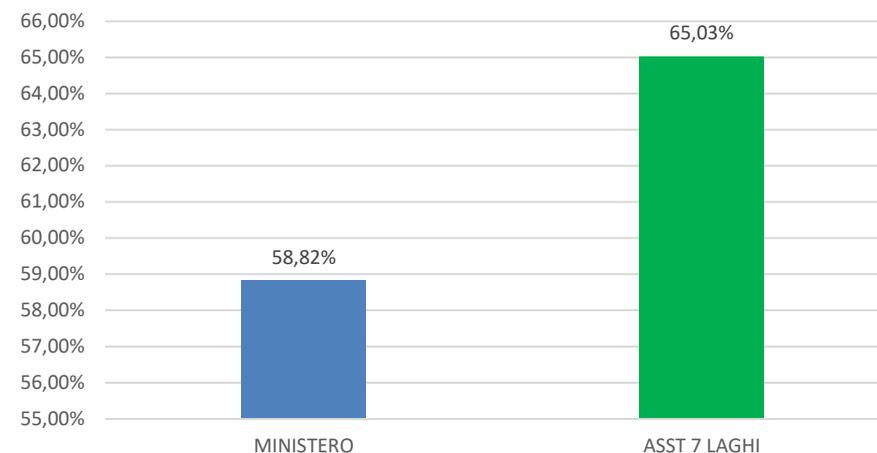
29/07/2021	CV COVID Covid Ospedale Angera	CV COVID Ospedale Tradate	CV COVID Valcuvia	CV COVID Varese
Prenotato	87	112	289	1764
Erogato	83	113	299	1718
Erogato Prenotato nel giorno	77	105	274	1650
Erogato non Prenotato nel giorno	0	2	8	11
Erogato non Prenotato	5	6	4	16
Erogato accesso libero (Over 60)	1	2	16	55



Confronto con report vaccini anti Covid ministeriale

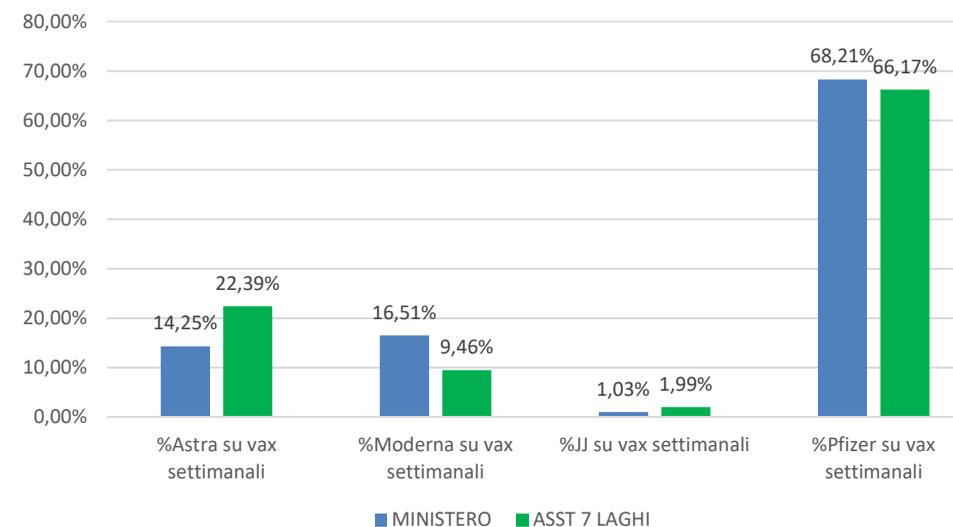
Di seguito viene riportato il grafico rappresentante la percentuale di popolazione vaccinata a ciclo completo dell'ASST dei Sette Laghi, confrontando il dato con quello indicato dal Ministero.

% Totale vaccianti over 12 (ciclo completo)



Nel grafico sottostante è riportata la percentuale di utilizzo delle varie tipologie di vaccino per la settimana in oggetto, paragonata sempre ai dati forniti dal Ministero.

%Utilizzo Vaccino Settimana 19/07-25/07

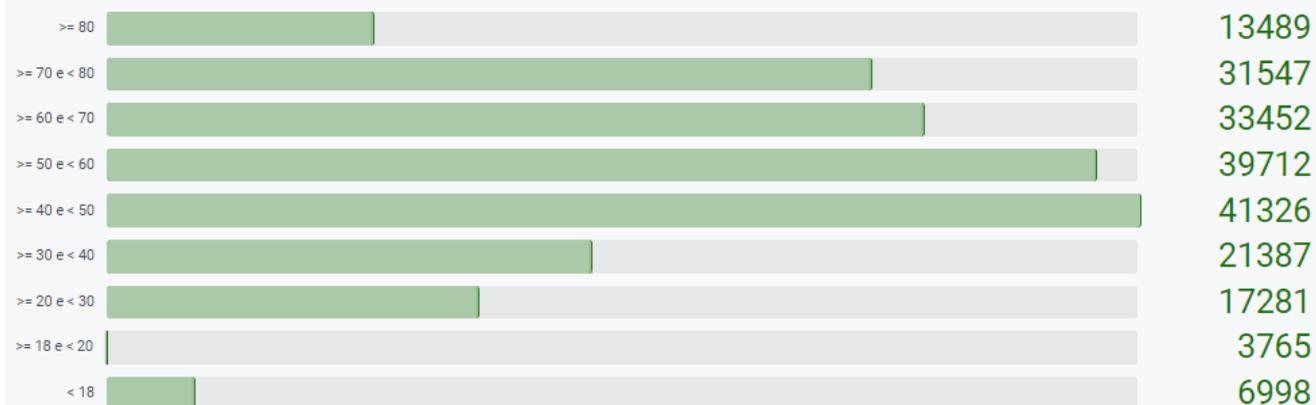


da "REPORT VACCINAZIONI COVID
MALPENSA FIERE"
ASST Valle Olona
(dati al 26.07.2021)

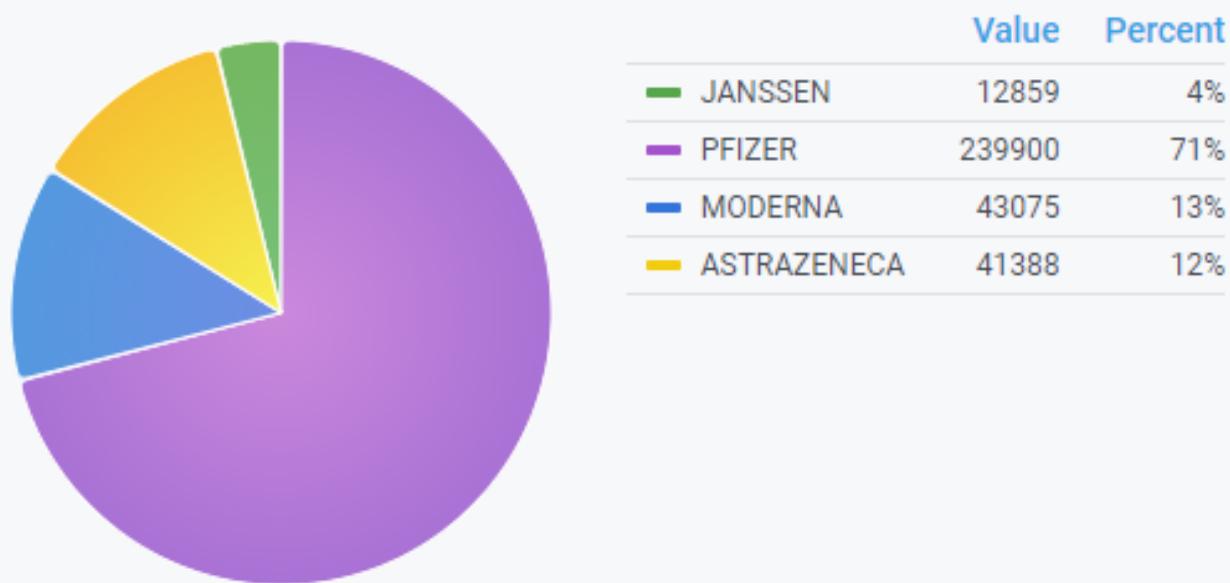
REPORT VACCINAZIONI COVID MALPENSA FIERE - ASST VALLE OLONA

Vaccinazioni eseguite

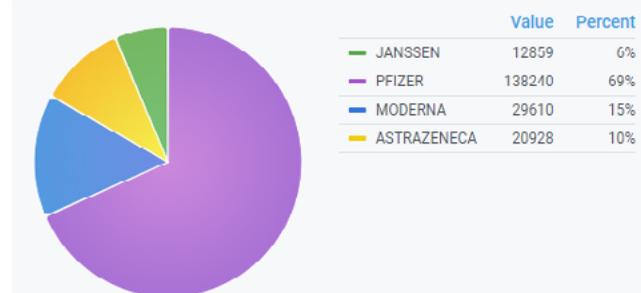
PERSONE VACCINATE SUDDIVISE PER ETA'



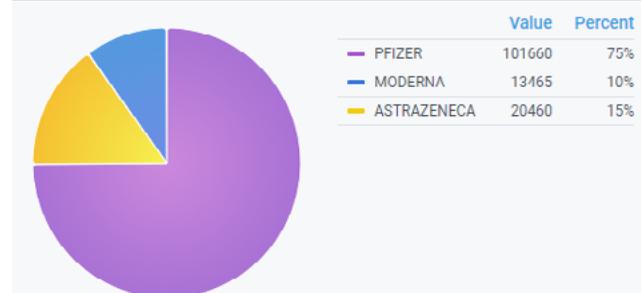
Totale somministrazioni



Totale somministrazioni prime dosi



Totale somministrazioni seconde dosi

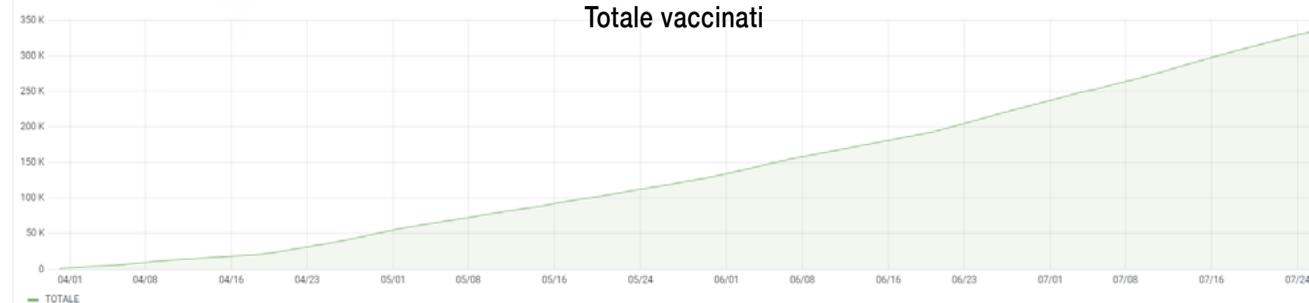


Vaccinazioni per residenza

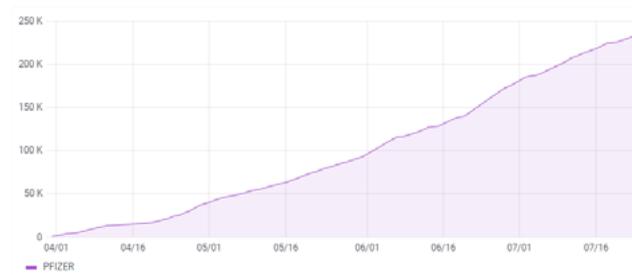
COMUNE DI RESIDENZA	CITTADINI VACCINATI
BUSTO ARSIZIO	35961
GALLARATE	17203
LEGNANO	12271
CASSANO MAGNAGO	8061
SAMARATE	6486
OLGIATE OLONA	5665
SOMMA LOMBARDO	5517
CARDANO AL CAMPO	5499
FAGNANO OLONA	5230
CASTELLANZA	4924
LONATE POZZOLO	4502
PARABIAGO	4476
TRADATE	3729
MAGNAGO	3502
GORLA MINORE	3353
CASTANO PRIMO	3282
MARNATE	3252
BUSTO GAROLFO	3238
SARONNO	2870
CAIRATE	2631
FERNO	2538
RESCALDINA	2401
CANEGRATE	2289
SOLBIATE OLONA	2282
GORLA MAGGIORE	2067
CASORATE SEMPIONE	2050
TURBIGO	2027
ALTRI COMUNI	51874

Incremento vaccinazioni

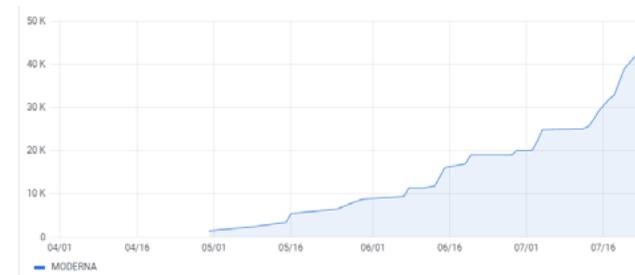
Totale vaccinati

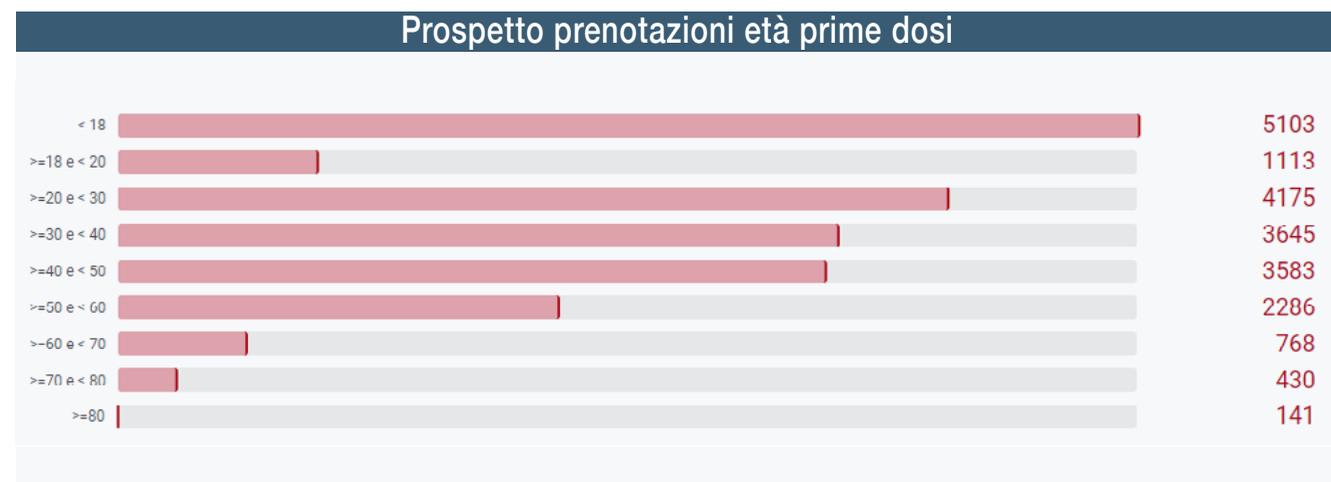
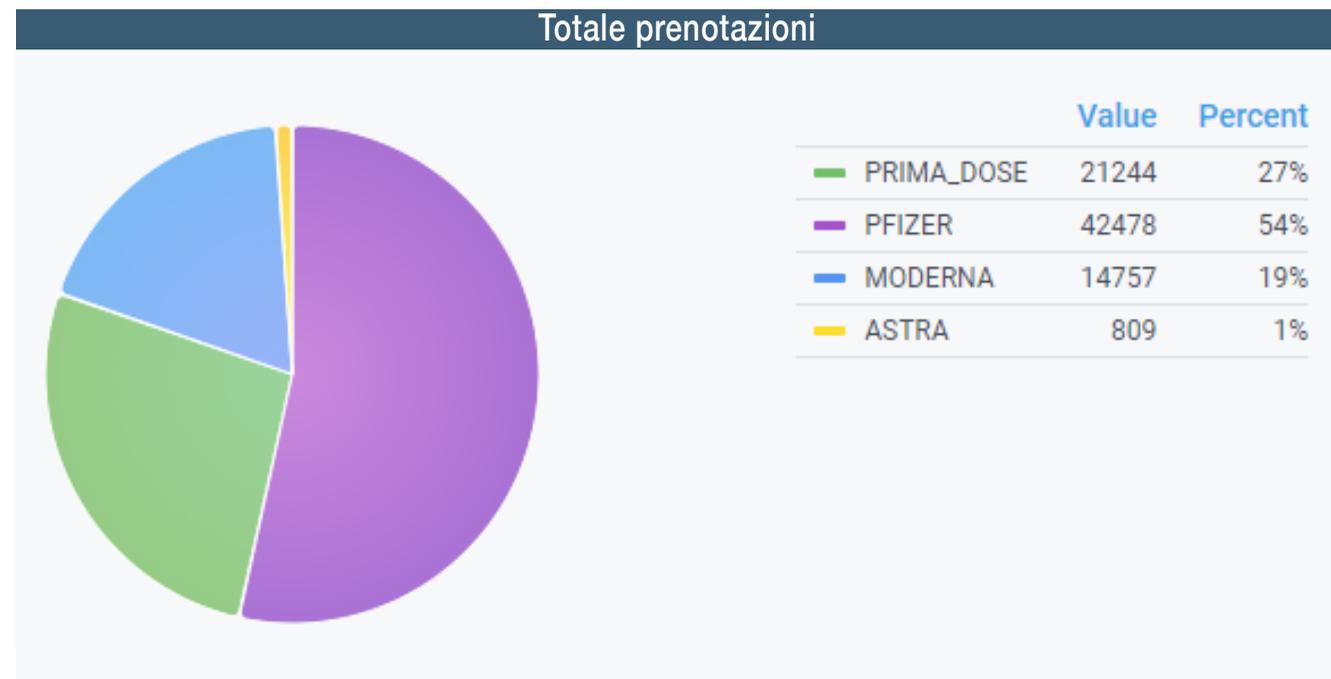
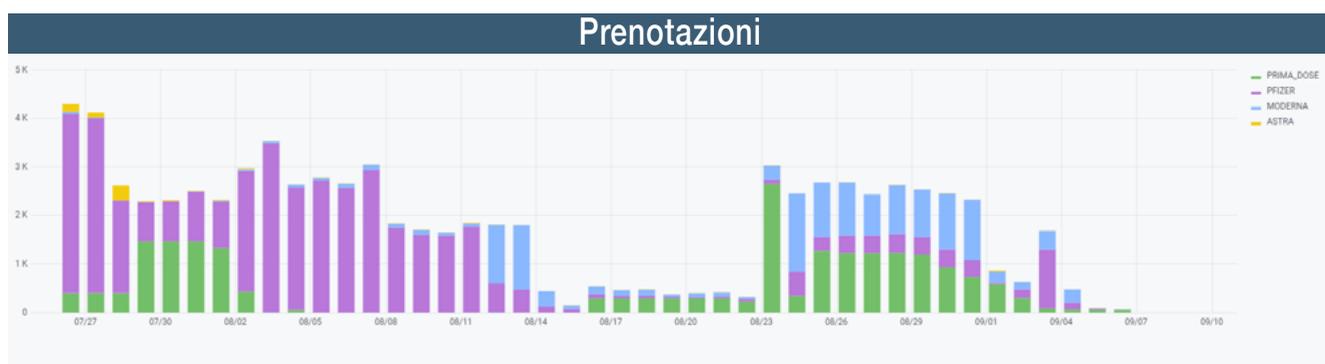
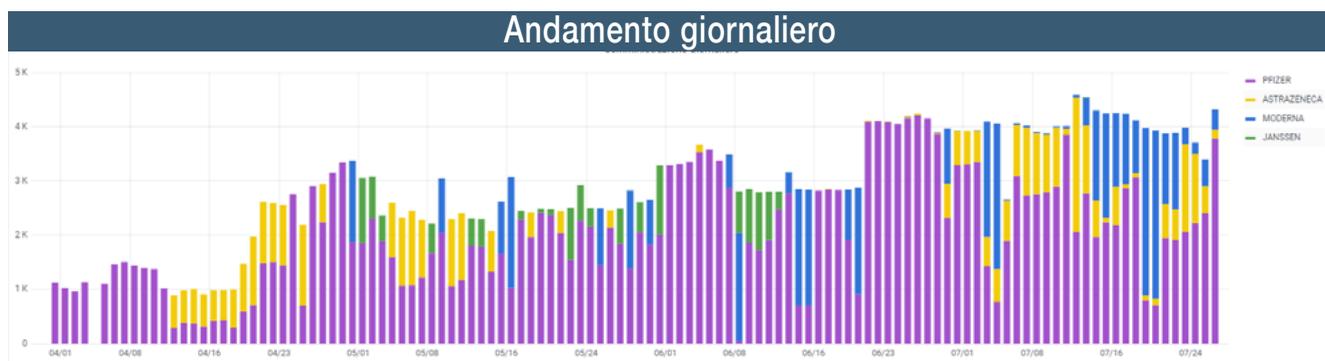
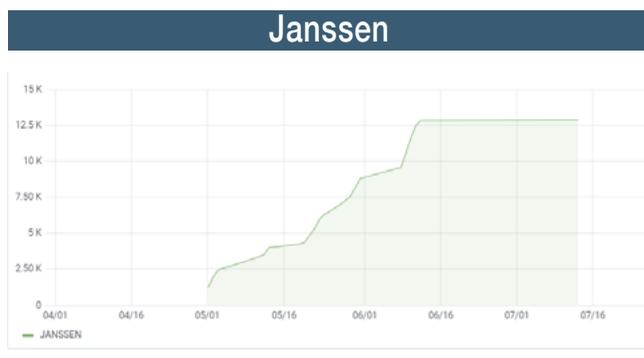
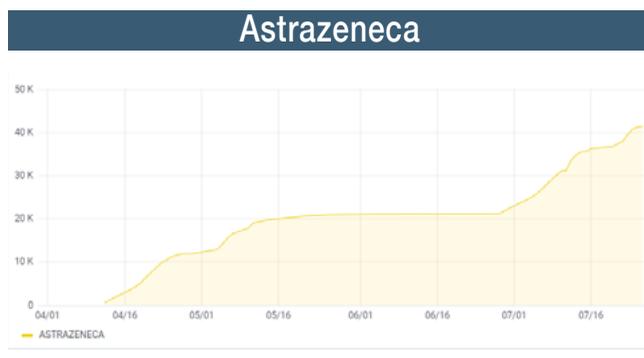


Pfizer



Moderna





DISTRETTO SARONNO

Il primo contatto diretto con la tematica dei vaccini lo abbiamo avuto affrontando la questione dei vaccini a domicilio dei pazienti fragili, sia over che under 80.

Le prime dosi sono state inoculate nel mese di Aprile mentre i richiami a Maggio: in queste circostanze l'unico aiuto ricevuto dagli enti territoriali è stato quello fornito dalla Polizia Locale per il ritiro dei vaccini presso l'ospedale di Varese e la successiva suddivisione tra i medici, grazie al personale dell'hub della Pizzigoni, che è stato di

supporto logistico e tecnico; gli enti di volontariato erano già impegnati con altre attività del territorio, come il punto tamponi rapidi e l'hot spot covid. Per aiutarci a vicenda ci siamo suddivisi a coppie di medici, sia per gestire al meglio il problema di traffico e parcheggio legato al tempo ristretto dall'aspirazione delle dosi, sia per essere di supporto in caso di reazioni avverse, che in realtà non si sono verificate.

Nonostante qualche iniziale problema informatico per la registrazione delle

di Fabiola Barosso
Medico di Medicina Generale
e Coordinatrice AFT per il distretto
di Saronno e Caronno Pertusella



dosi al portale SIAVR (riconducibili al profilo Siss caricato in modo errato, ma risolti prontamente dai tecnici in un pomeriggio), è filato tutto liscio; la fattiva collaborazione tra colleghi ha anche permesso di non sprecare dosi, dato che un flacone permetteva di aspirarne 11 alla volta.

La collaborazione tra colleghi è stata attiva e importante anche tra diverse AFT: alcuni piccoli trucchi per velocizzare la registrazione a portale li avevo infatti ricevuti da altri colleghi partiti prima di me attraverso sperimentazioni locali.

Anche nel mio distretto, come in altri, ci sono stati colleghi (per un totale di 4 medici) che non hanno aderito ai vaccini a domicilio, successivamente somministrati dalle USCA; per quanto concerne invece l'adesione all'hub il numero sale a 8.

Il nostro hub di riferimento è la palestra della ex scuola Pizzigoni, che comprende altre tre AFT afferenti e che era già stata positivamente utilizzata durante la campagna antinfluenzale.

In questo caso la collaborazione tra amministrazione comunale ed enti

di volontariato è stata maggiore. La Regione ha deliberato che la nostra soluzione fosse gestita solamente da Mmg coadiuvati dalla cooperativa Mediciinsubria, che si è dimostrata preziosa e tempestiva nel coordinare i medici, ascoltandone prontamente le esigenze. A pieno regime, le linee vaccinali attive contemporaneamente sono state 5, raggiungendo numeri di inoculi giornalieri importanti, come anche riconosciuto da ATS. In tal senso, si è rivelato prezioso anche il reclutamento di medici in pensione (sia ospedalieri sia del territorio, che hanno permesso di coprire tutti i turni richiesti) ai quali va il mio più sentito ringraziamento.

Se l'esperienza personale è stata molto positiva, non altrettanto si può dire di quella collettiva: la tabella ministeriale sul tipo di vaccino da somministrare è secondo me troppo stringente, molto spesso ci siamo ritrovati nelle liste dei pazienti vulnerabili casi che non rientravano effettivamente nella tabella ministeriale



e la fobia collettiva, ingenerata dalle testate giornalistiche (con diverse crisi di panico e pianti da dover gestire in prima persona), ha portato ad una serie di episodi poco gradevoli con l'utenza finale; tutto ciò però è stato ampiamente ripagato dalla generosità della popolazione: commercianti e utenti non hanno infatti mancato di ringraziarci, offrendo da mangiare per tutti i presenti e contribuendo con cospicue offerte a Protezione Civile e Croce Rossa.

Nella speranza che la situazione pandemica possa migliorare sempre di più, colgo l'occasione per ringraziare tutte le persone incontrate lungo il cammino: i Sindaci, il Comandante e il corpo della Polizia Locale di Saronno, i volontari di Croce Rossa e Protezione Civile, i ragazzi dell'amministrazione della cooperativa ed Emanuele Monti di Mediciinsubria. Un ringraziamento ulteriore infine va a tutti i miei colleghi per i preziosi consigli ricevuti e l'esperienza condivisa.

IL RUOLO DEGLI UOMINI DELLA NATO NELLA PANDEMIA

Esattamente **vent'anni fa, nel 2001**, prendeva vita il Corpo d'Armata di Reazione Rapida della NATO a guida italiana, il NRDC-ITA (NATO *Rapid Deployable Corps - Italy*). NRDC-ITA è un collettivo multinazionale di professionalità e volontà che in vent'anni ha investito in risorse umane, concettuali e materiali, per adeguare costantemente l'organizzazione alle nuove e sempre più importanti sfide che la NATO ha affrontato.

“Shaping the Change” – in italiano “Guidare il cambiamento” è il motto scelto per questo anno di celebrazioni del 20° anniversario della fondazione di NRDC-ITA. Sono 3 parole che riassumono la propensione del Comando al cambiamento e la sua attitudine a trasformare le sfide in opportunità. Un chiaro riferimento al processo continuo di adattamento all'evoluzione dello scenario.

Il tema dell'adattabilità è stato centrale in un anno in cui un virus invisibile ha messo in discussione ogni punto di riferimento. La **pandemia** ha spinto NRDC-ITA a mettere in campo nuove procedure di lavoro per continuare a

svolgere la propria missione, mantenendo gli standard addestrativi e la crescita professionale dello staff. Inoltre, il personale del Comando ha rivisto, rafforzandolo e implementandolo, il proprio supporto a favore della comunità, un supporto tuttora in corso.

Da fine febbraio dello scorso anno, quando sono comparsi in Italia i primi casi di pazienti affetti da COVID-19 l'impegno per fronteggiare l'epidemia dei militari della NATO è stato trasversale e assiduo.

Numerosi, infatti, sono stati i concorsi forniti dalle donne e dagli uomini del Comando NATO di Milano, tra cui meritano menzione i trasporti di materiale sanitario dall'aeroporto di Malpensa verso diversi siti dell'Italia settentrionale per soddisfare i bisogni delle strutture ospedaliere, la sanificazione delle strutture ospedaliere nella provincia di Varese, il trasferimento di salme dalla città di Bergamo ad altre località nazionali, l'allestimento in tempi record e la gestione – insieme alle autorità sanitarie locali e della protezione civile – di due centri tamponi Drive Through a Milano e a Solbiate Olona.

a cura dell'Ufficio Stampa
NRDC-ITA

Si tratta di un impegno che rientra nel più ampio contesto delle azioni intraprese fin da subito dalle Forze armate italiane per contrastare la diffusione del virus.

Attività che continuano a tutt'oggi con il pieno coinvolgimento dei militari della Ugo Mara nell'attuazione del piano vaccinale anti-COVID.

Oggi, a Varese (in località Schiranna) e a Rancio Valcuvia, nella stessa provincia di Varese, sono attivi due centri vaccinali allestiti dal personale del Comando di Reazione Rapida della NATO.

La struttura più grande, quella di Varese, è stata allestita in 38 ore lavorative e consta di due tensostrutture lunghe 51 metri e larghe 12, per un totale di 1224 metri quadri. Entrambe sono dotate di copertura, allacciamento alla corrente elettrica, sono riscaldate/refrigerate e comprendono una pavimentazione interna. All'interno, con una suddivisione in locali idonei, vengono effettuati i vaccini al fine di combattere il virus Covid-19.

Nel comune di Rancio Valcuvia, è stata allestita una struttura simile, ma con una sola tensostruttura. Tale realizzazione opera in favore della popolazione di tutta la Provincia di Varese.

I centri vaccinali così strutturati seguono quanto già realizzato nella città di Milano, dove è stato allestito il centro vaccinale della Difesa più grande d'Italia, sempre dal personale dipendente dal Comando NRDC-ITA.

I TIMORI NON SEMPRE GIUSTIFICATI SUI VACCINI ANTI-COVID 19

Dopo poco tempo dall'identificazione della sequenza genica del Sars-CoV-2, è iniziato lo sviluppo dei vaccini di cui alcuni di essi sono già disponibili e fanno parte dell'armamentario per la campagna vaccinale in atto.

In generale i vaccini, così come quelli contro il Covid-19, non sono tutti uguali, ma utilizzano approcci tecnologici differenti mirati a produrre nell'organismo umano una risposta immunitaria che impedisca lo sviluppo dell'infezione e della malattia. Oggi abbiamo a disposizione due classi di vaccini: i vaccini a vettore virale e quelli a RNA messaggero.

1. Vaccini a vettore virale

Questi farmaci utilizzano come vettore un virus, modificato in laboratorio, capace di portare alle cellule immunitarie l'informazione della proteina Spike, utilizzata dal Sars-Cov-2 per penetrare ed infettare le nostre cellule. Entrando in contatto con la proteina Spike, i T-linfociti si attivano contro di essa e:

- trasmettono ai linfociti B l'informazione per sintetizzare gli anticorpi definitivi

- mantengono l'informazione per il futuro
- Sia il vaccino di AstraZeneca (Vaxzevira), che quello di Janssen (Johnson&Johnson o J&J) utilizzano come vettori virali degli adenovirus, ovvero sia dei virus, molto comuni, responsabili di rinofaringiti virali, che vengono modificati e resi quindi incapaci di replicarsi e d'infettare l'organismo ricevente.

Vaxzevira utilizza un adenovirus degli scimpanzé; mentre il vaccino di J&J utilizza un adenovirus umano (Ad26). Poco dopo aver svolto la sua funzione, il virus vettore presente nel vaccino viene eliminato dall'organismo.

2. Vaccini a RNA messaggero (mRNA)

Questa tipologia di vaccini utilizza delle molecole di RNA messaggero (mRNA) modificato che trasferiscono alle cellule il messaggio per sintetizzare, nel caso specifico, la proteina Spike del coronavirus (SARS-CoV-2). Entrato nelle cellule il vaccino fornisce le istruzioni necessarie per la sintesi della proteina Spike, attivando i linfociti T del sistema immunitario, che a loro

di Stefano Rossetti



volta trasmettono ai linfociti B l'ordine di sintetizzare anticorpi specifici. Poco dopo aver consegnato il messaggio, l'mRNA si degrada naturalmente. I vaccini di Pfizer-Biontech (Comirnaty) e di Moderna utilizzano entrambi RNA messaggero. Sia il Comitato Tecnico Scientifico (CTS), che AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) hanno valutato questi due vaccini come equivalenti.

3. Altre tipologie di vaccini

Sono stati sviluppati in Cina dei vaccini a virus inattivato (Sinovac e Sinopharm) e a vettore adenovirale (Cansino), mentre in Russia un vaccino che utilizza due vettori adenovirali diversi tra prima e seconda dose (Sputnik V). Ma di questi non sono ancora disponibili sufficienti informazioni per consentire in Europa la loro piena valutazione e la conseguente registrazione.

Attualmente in fase di studio il vaccino di ReiThera, azienda biotecnologica italiana, che ha sviluppato e produce il vaccino in collaborazione con l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”. Si

basa sull'uso di un adenovirus di gorilla, appositamente modificato per far sì che non si possa replicare una volta iniettato nell'organismo umano. Di particolare interesse scientifico il vaccino a DNA attualmente in sviluppo da parte del gruppo Italiano Takis-Rottapharm: il meccanismo è simile al vaccino a RNA. In questo caso viene introdotto un frammento di DNA sintetizzato in laboratorio in grado d'indurre le cellule a sintetizzare la proteina Spike. Questa tecnologia sembrerebbe molto più duttile soprattutto in confronto alle possibili nuove varianti del virus Sars-CoV-2

Timori non del tutto giustificati sui vaccini

Sono stati commessi, al momento della pubblicazione dei risultati degli studi clinici che hanno consentito la registrazione dei vaccini anti-Covid-19, degli errori di comunicazione che hanno indotto nella popolazione delle inutili e deleterie apprensioni sulla validità degli stessi. Infatti, la prima comunicazione si è concentrata sulla percentuale d'efficacia nel contrastare la comparsa di malattia da Sars-CoV-2 nella popolazione studiata. E in questo caso i dati iniziali non del tutto convincenti sul vaccino AstraZeneca hanno ingenerato nella popolazione la convinzione che tale vaccino fosse di "serie B" rispetto a quelli di Pfizer-Biontech e di Moderna.

Quello che invece andava sottolineato e comunicato in modo chiaro e circostanziato era l'importante dato clinico che tutti i vaccini, fino ad oggi studiati e registrati, consentono di proteggere nel 100% dei casi i soggetti vaccinati dalle temibili complicanze del Covid-19, e cioè: ospedalizzazione in unità di cura sub-intensiva e intensiva, mortalità. Cioè, dai drammi a cui abbiamo assistito nel 2020 e a cui stiamo, purtroppo ancora oggi, assistendo a più di un anno da inizio pandemia.

Da questo dato fondamentale deriva il fatto che una proporzione, si ritiene non significativa, di soggetti vaccinati potrebbero comunque contrarre l'infezione da SARS-CoV-2, ma sviluppando una patologia più attenuata e non di così grave entità come quella osservata nei soggetti non vaccinati, evitando quindi le complicazioni più severe.

Sicurezza e tollerabilità

In merito alla sicurezza e alla tollerabilità legata all'impiego di tali vaccini, anche in questo caso sono state diffuse troppo precocemente informazioni, non ancora sufficientemente valutate e analizzate dagli esperti clinici e regolatori, che anch'esse hanno portato a reazioni ingiustificate, arrivando non lontano dal panico collettivo, che hanno ostacolato e rallentato l'implementazione e il regolare prosieguo della campagna vaccinale.

La Trombocitopenia trombotica immunitaria indotta da vaccino

VITT, è il nome proposto per la patologia trombotica rilevata in rarissimi casi in occasione della somministrazione dei vaccini anti-Covid a base adenovirale di AstraZeneca e successivamente di J&J. La definizione arriva dagli autori di uno studio pubblicato sul New England Journal of Medicine che documenta una serie di "case report" nei quali si sono osservati eventi trombotici che coinvolgono una forma di trombocitopenia dopo l'inoculazione di tali vaccini. Gli autori riportano una similitudine con il quadro clinico osservato nella risposta immunitaria all'eparina. Questo quadro di trombocitopenia di grado da moderato a grave e le successive complicazioni trombotiche in siti inusuali può verificarsi circa 1 o 2 settimane dopo l'inoculazione del vaccino contro la SARS-CoV-2 e suggerisce un disturbo che clinicamente assomiglia alla trombocitopenia grave indotta dall'eparina, un noto disturbo pro-trombotico causato da anticorpi attivatori delle piastrine che riconoscono complessi multi-molecolari tra i fattori piastrinici 4 (PF4) cationici, cioè con carica positiva, e l'eparina anionica, cioè con carica elettrica negativa. Tuttavia, a differenza di quanto osservato nella trombocitopenia da eparina, questi pazienti vaccinati non hanno ricevuto eparina per spiegare la successiva comparsa di trombosi e trombocitopenia.

Tali fenomeni sembrano maggiormente associati a soggetti di età giovane (22-49 anni) e di sesso femminile. Ciò ha portato le Autorità Regolatorie (EMA, AIFA, ecc.) a consigliare la vaccinazione con vaccini con vettore adenovirale ai soggetti di età superiore ai 60 anni, in attesa che ulteriori dati si rendano disponibili al fine di comprendere l'esatto meccanismo alla base di tali eventi avversi gravi.

Resta comunque da considerare il fatto che il rapporto rischio/beneficio della vaccinazione è nettamente in favore dei benefici a fronte di rischi estremamente rari anche se purtroppo severi.

Sono appena comparse delle informazioni molto interessanti di due studi sui vaccini:

1. Sono stati annunciati in anteprima (l'articolo è in corso di pubblicazione) i risultati di uno studio retrospettivo di coorte che, sulla base dei dati "real-world" conferma l'efficacia molto elevata dei vaccini anti COVID-19. Gli autori, infatti, riportano il 95% di contagi in meno e il 99% di malati sintomatici in meno tra i vaccinati rispetto ai soggetti non vaccinati. In particolare il vaccino AstraZeneca sembra avere un'efficacia che sfiora il 100%, anche dopo una singola dose.
2. In un nuovo studio del Beth Israel Deaconess Medical Center



(BIDMC), i ginecologi assieme ai virologi di tale Istituto hanno valutato l'immunogenicità dei vaccini mRNA (Pfizer o Moderna) contro il COVID-19 in donne in gravidanza e in allattamento. I ricercatori hanno scoperto che entrambi i vaccini hanno attivato risposte immunitarie nelle donne in gravidanza e in allattamento. Ulteriori analisi hanno rivelato che gli anticorpi del vaccino materno vengono trasferiti nel sangue del cordone ombelicale del neonato e nel latte materno. I risultati del team sono stati pubblicati su JAMA.

Referenze

- Strizova Z. · Smetanova J. · Bartunkova J. · Milota T. Principles and Challenges in anti-COVID-19 Vaccine Development Int Arch Allergy Immunol 2021;182:339-349
- <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-key-facts>
- <https://www.gavi.org/vaccineswork/>

there-are-four-types-covid-19-vaccines-heres-how-they-work

- Greinacher A, Thiele T, Warkentin TE Thrombotic Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination April 9, 2021 DOI: 10.1056/NEJMoa2104840 lù
- Schultz NH, Sørvoll IH, Michelsen AE Thrombosis and Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination April 9, 2021 DOI: 10.1056/NEJMoa2104882
- [https://www.who.int/news/item/19-03-2021-statement-of-the-who-global-advisory-committee-on-vaccine-safety-\(gacvs\)-covid-19-sub-committee-on-safety-signals-related-to-the-astrazeneca-covid-19-vaccine](https://www.who.int/news/item/19-03-2021-statement-of-the-who-global-advisory-committee-on-vaccine-safety-(gacvs)-covid-19-sub-committee-on-safety-signals-related-to-the-astrazeneca-covid-19-vaccine)
- Quotidiano Sanità del 15.05.2021: http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=95553
- Ai-ris Y. Collier; Katherine McMahan; Jingyou Yu; et al Immunogenicity of COVID-19 mRNA Vaccines in Pregnant and Lactating Women JAMA. Published online May 13, 2021. doi:10.1001/jama.2021.7563

di Aurelio Sessa



I PRIMI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE: IL BECCO DEL DR SCHNABEL

La figura dell'abbigliamento del dr Schnabel è una incisione su rame del 1656 di Paul Furst presente nelle collezioni di stampe e disegni del British Museum di Londra (*Der Doctor Schnabel von Rom*):

“Si racconta che la peste del 1630 causò oltre un milione di morti in Italia e si fa risalire ad un medico della corte di Luigi XIII°, Charles De Lorme, l'ideazione del completo di protezione e la tipica maschera a becco.

Il completo era composto da una lunga tonaca nera lunga fino alle caviglie, calzoni, stivali, guanti e cappello a tesa larga tutti cerati e resistenti all'acqua oltre ad un bastone con una minacciata clessidra alata.

La funzione della maschera con becco era di proteggere il medico dall'aria putrida che, secondo la *teoria miasmatica*, era ritenuta la causa della malattia. La forma a becco ricurvo e la sua lunghezza, erano finalizzate a dare all'aria il tempo sufficiente per essere filtrata da paglia, erbe ed essenze aromatiche prima di arrivare all'albero respiratorio del medico. Queste sostanze aromatiche erano bacche di ginepro, foglie di



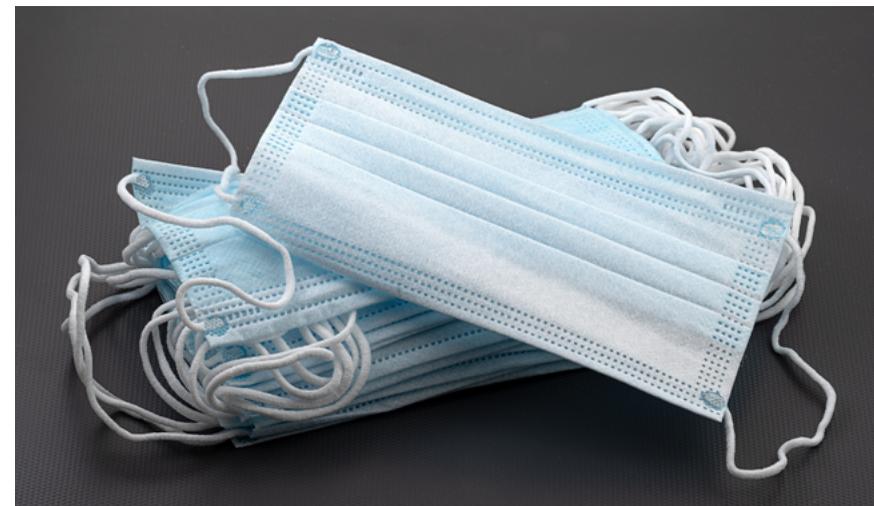
menta, chiodi di garofano e mirra il tutto frammisto alla paglia.

Erano prevalentemente giovani medici che ricevevano un contratto dagli amministratori delle città (contratti presenti tuttora negli archivi storici di molte città europee) e la finalità era di trattare i pazienti ma anche non trattare i pazienti in fin di vita e farli portare nei lazzaretti al fine di limitare ulteriormente il contagio. Il trattamento dei pazienti era *empirico* e consisteva nell'effettuare salassi, drenare le ferite o posizionare sui bubboni le sanguisughe o rane per *riequilibrare gli umori*. Ma la funzione di questi medici era anche di sanità pubblica perché a loro veniva richiesto di rendicontare il numero dei contaminati e dei morti.

La figura del *medico della peste*, come quella rappresentata, era temuta non solo dagli adulti ma anche dai bambini come si osserva dalla loro fuga alla sua visione, sullo sfondo in basso a sinistra nell'incisione”.

Tratto liberamente da:

Commenti in Cornice di Efram L Burk, *Der Doctor Schnabel von Rom* Edizione 16 2020, SPELS Onlus



Questo è il primo esempio di dispositivo di protezione individuale nella storia. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il controllo delle malattie trasmissibili si basa su quattro pilastri: la sorveglianza, la vaccinazione, i dispositivi di protezione e le terapie farmacologiche.

Qui siamo nel 1656 quando alle malattie si dava un nome ma non si conoscevano le cause. Ma c'era la convinzione che “qualcosa” entrasse attraverso le vie aeree come poi scatenante la malattia. La teoria miasmatica associava il puzzo che si levava dai malati di colera o di peste o nei lazzaretti dove si portavano a morire, a qualcosa di tremendamente predittore di morte.

Ecco che i medici di allora usavano questo primordiale dispositivo per difendersi. Ma i dispositivi di protezione individuale, pur evolvendosi fino alle mascherine attuali, rimangono ancora il presidio più importante.

di Giulio Corgatelli



VACCINATORE: ESPERIENZA POSITIVA ANCHE PER UN PENSIONATO

Dopo 39 anni passati a contatto diretto con i miei pazienti, dal primo luglio 2019 “ho lasciato” la mia professione di medico di famiglia pensando di aver vissuto già molte situazioni complesse, e invece, nel marzo del 2020 sul mondo si è abbattuta la pandemia da covid-19, mettendoci davanti a una sfida enorme, mai nemmeno immaginata, di quelle cose che si leggono sui libri o si sentivano raccontare dagli anziani.

Un microscopico virus, un nemico invisibile, ha dimostrato quanto sia fragile il nostro sistema in generale, e in poco tempo ha fatto cadere sul campo numerose vite.

Quando si parla di covid-19, quando penso a quando tutto questo è iniziato, la mia mente va al ricordo dell'amico Roberto, il dott. Stella, presidente del nostro Ordine dei medici, sconfitto dal virus prima ancora che si capisse quanto potesse essere letale. Dopo di lui anche molti altri colleghi in tutta Italia e in tutto il mondo hanno dato la propria vita, cercando di combattere con tutti i mezzi il diffondersi della pandemia.

Il virus continuava a correre e io, nel mio piccolo, ho cercato di aiutare chi potevo: ho combattuto per sensibilizzare le persone all'uso di tutte le precauzioni necessarie per arginare i contagi e quando è stato possibile, con questo spirito preventivo e curativo, mi sono offerto come volontario alla somministrazione delle prime dosi di vaccino giunte in Italia, alla fine di dicembre 2020. Ho sempre creduto che la nostra professione si dimostrasse con l'esempio, come fa il buon padre di famiglia e che per sensibilizzare gli altri bisognasse mettersi in gioco in prima persona, e così ho fatto anche quando, con Croce Rossa Italiana, sezione di Varese, ho iniziato a dare una mano nella somministrazione dei vaccini nell'Hub della Schiranna.

Questa esperienza per me è stata importante, ho avuto la possibilità di rivivere tutte quelle emozioni legate alla mia (ma in realtà è più corretto dire nostra) professione. Il rapporto medico-paziente, come si chiama nei manuali, ma meglio definito come “relazione umana”, diventa fondamentale in un momento delicato come quello

della somministrazione di un vaccino che, ad oggi è l'unica vera arma capace di combattere questo nemico invisibile. Tutti ormai ne parlano.

Se si passeggia lungo il lago e si ascoltano le chiacchiere tra amici, chiunque ormai non chiede: “come stai?” ma piuttosto “che vaccino hai fatto?” e chi arriva negli Hub, spesso, è carico di paure e di angosce. Il compito del medico è anche quello di ascoltare e accogliere questi timori.

Chi più chi meno ha raccontato il suo vissuto e portato le sue emozioni. Ciò che ho potuto fare in questi mesi, nelle manciate di minuti che avevo a disposizione è stato proprio rassicurare chi mostrava questo disagio, dando ad ognuno la possibilità di confrontarsi, capire e sottoporsi alla vaccinazione con serenità. Il lavoro del medico, ovvio, cambia con il cambiare della società e anche se ci si deve confrontare con realtà virtuali (per esempio dottor Google) non dobbiamo mai smettere di studiare, ma soprattutto dobbiamo “ascoltare e accompagnare” a fare scelte condivise e consapevoli non dimenticando che altro nostro compito è saper rassicurare.

di Alessandro Salvatoni



A VACCINARE MI SONO SENTITO DAVVERO UTILE

Mi sono sentito decisamente un privilegiato quando ai primi di febbraio ho ricevuto una chiamata dall'ASST dei Settelaghi che mi invitava a presentarmi l'11 di febbraio per ricevere la prima dose di vaccino: un mese prima di Mattarella! Io, semplice pensionato, con una piccola attività residua di pediatra libero professionista un paio di pomeriggi alla settimana.

Una volta ricevuta la prima dose di Pfizer (anche per questo mi sento un privilegiato per aver scansato i dubbi e l'infodemia generati dal ritiro transitorio di Astra-Zeneca) mi sono sentito in dovere di ringraziare il pio luogo con una mail inviata alla Direzione Sanitaria nella quale mi complimentavo per l'efficiente servizio e mi mettevo a disposizione come volontario per qualunque tipo di attività che facilitasse la prosecuzione della campagna vaccinale e la gestione dell'emergenza Covid.

Tre settimane più tardi, in prossimità della data del richiamo, ricevo una chiamata dall'ufficio risorse umane dell'ospedale: “Professor Salvatoni,

sarebbe disponibile a svolgere attività vaccinale? Le andrebbe bene un contratto di 38 ore alla settimana fino al 31 Luglio?“, due minuti di esitazione, no, non posso tirarmi indietro adesso. Farfuglio qualcosa, ma alla fine la mia risposta è un sì.

Nel giro di poco più una settimana vengo sottoposto a visita della medicina del lavoro con tanto di prelievo e tampone, sottoscrivo il contratto e il 17 marzo inizio a vaccinare.

Inizialmente mi sento un po' spaesato cerco di aggiornarmi leggendo tutte le normative ministeriali e regionali e mi confronto con i colleghi sull'interpretazione delle stesse.

Il processo vaccinale si articola in sette fasi; accettazione, anamnesi, consenso informato, preparazione del vaccino, somministrazione, registrazione della vaccinazione, periodo di osservazione. La prima impressione è che esista un “intoppo” nel processo vaccinale nella seconda fase, quella dell'anamnesi. Alla raccolta dell'anamnesi è deputato il personale infermieristico che provvede a compilare i campi proposti dal software (ARIA-SIAVR). Spesso i vaccinand

non sono in grado di riportare la propria “storia sanitaria” con la precisione richiesta dal software e così i tempi di compilazione si allungano e le anamnesi sono spesso incomplete e imprecise. Il personale deputato alla somministrazione del vaccino passa buona parte del suo tempo aspettando che il vaccinando abbia completato la fase di anamnesi ed abbia firmato il consenso. Si creano così file interminabili che si abbisciano al di fuori dei centri vaccinali e che ben presto attirano l'interesse degli operatori dei media che, spontaneamente o sollecitati da qualche cittadino impaziente, si attivano con conseguente immediata risposta dei responsabili della Direzione Aziendale che intervengono con ordini perentori al fine di accelerare il processo. È così che scopro uno dei miei possibili ruoli, il counseling volto a convincere gli indecisi ed individuare i “fragili” destinati a ricevere il vaccino a mRNA (Comirnaty alias Pfizer), anziché quello ad adenovirus (Vaxzevria alias Astra Zeneca).

Da questi colloqui mi rendo subito conto dell'eterogeneità della gente: si va da persone infervorate che farebbe-



ro vaccinare anche il loro cane e che manifestano tutta la loro riconoscenza nei nostri riguardi (una signora si è presentata con i cioccolatini!) a individui a dir poco “curiosi” che rifiutano il vaccino perché “me lo sento che non devo farlo”.

Dopo Pasqua, con l’apertura degli Hub vaccinali e il passaggio a nuovo software (da Siavr-Aria a Poste), tutto il sistema diventa più efficiente: ogni equipe formata da medico e infermiere o amministrativo arriva a vaccinare 70-100 soggetti per turno di sei ore.

Mi rendo conto che le domande importanti sono 3: 1a-Ha mai avuto reazioni allergiche/shock anafilattico a farmaci o vaccini? 2a- Ha avuto il Covid? 3a-Prende dei farmaci o ha qualche malattia?

Se si ricevono tre risposte negative si può procedere tranquillamente e rapidamente alla somministrazione del vaccino dopo la firma del consenso informato e dell’anamnesi.

Una delle criticità è rappresentata dalla insicurezza indotta nelle persone dall’infodemia spesso imprecisa o addirittura scorretta e dalle “prescrizioni inappropriate” della tipologia di vaccini fatte da medici curanti o familiari. Persone che se ne vanno dopo aver rifiutato il vaccino perché “ho promesso a mio figlio di fare Pfizer”. Oltretutto quando in una postazione arriva un indeciso o un “no vax relativo” i tempi si dilatano e si dedica a costoro tre, quattro volte il tempo medio di vaccinazione, e non solo, si rischia

spesso di essere minacciati di sequele giudiziarie. Forse potrebbe essere utile offrire un supporto psicologico agli indecisi.

Devo ammettere che il lavoro del medico vaccinatore “intensivo” è un po’ alienante: formulare per 80-90 volte le stesse domande, far gli stessi gesti mi ha riportato alle immagini di Tempi moderni di Charlie Chaplin, ma ci sono stati per me anche aspetti di socializzazione piacevoli. Ho ritrovato infatti colleghi/e e infermieri/e che non vedevo da anni, infermieri/e e medici che erano stati miei allievi, pazienti che avevo curato da bambini e che ora erano diventati adulti. Dopo mesi di lockdown il poter ricreare delle relazioni sociali è certamente confortante.

MEDICO VOLONTARIO VACCINATORE, UNA SCELTA INEVITABILE

di Pierluigi Turtura
Medico del Lavoro - Volontario



Proprio durante la prima cena dopo il pensionamento, festeggiando con amici e colleghi, si discuteva di una strana polmonite che da qualche settimana era stata identificata come complicanza abbastanza frequente di una forma influenzale che, di per sé, non era ritenuta particolarmente preoccupante. Ben presto, però, come spesso accade per gli eventi eccezionali ed inattesi, abbiamo conosciuto la realtà di ciò che stava accadendo, soprattutto per le importanti conseguenze ad essa correlate e tutti ci siamo purtroppo dovuti ricredere in fretta; attoniti, preoccupati e, di certo, confusi.

Appena il tempo di andare in pensione e ti ritrovi, tra capo e collo, la pandemia da Covid 19!

Occorreva riprendere in mano i vecchi testi di patologia generale e di microbiologia. Libri che, come medico del lavoro, in ATS Insubria, non avevo più avuto necessità di frequentare da anni. Era il caso di ricominciare a studiare, anche perché iniziavano ad essere parecchie le telefonate di amici e parenti preoccupati. Il passo successivo era

quello di cercare di approfondire il più possibile, leggendo gli articoli scientifici disponibili in rete sull’argomento e discutendone con qualche collega che lavorava sul territorio o in ospedale.

E pensare che solo pochi giorni prima contavo di potermi finalmente occupare di tante altre cose, accantonate per anni e accompagnate dalla tipica affermazione “... ci penserò dopo la pensione...”. Avrei anche avuto finalmente più tempo per occuparmi maggiormente di mio padre che, molto anziano, stava attraversando gli ultimi mesi di vita con sofferenza e con la crescente necessità di una assistenza più assidua, soprattutto affettiva, cosa che, peraltro, sono poi comunque riuscito a dare. Non ultimo, avevo in animo, più semplicemente e, ritengo, meritatamente, di poter finalmente dedicare più tempo a me stesso ed ai miei interessi extraprofessionali. Ma, come dicevano i Greci, “gli Dei sono dispettosi...” e le cose non sono quasi mai del tutto come te le aspetti. Occorreva quindi rivedere tempistiche ed attività quotidiane. Mentre si annunciavano i prodromi di ciò che sarebbe stato poi istituzionalizzato

come lockdown, iniziavano a manifestarsi ovunque i segni di una diffusa e rilevante sofferenza. A causa delle rapide ed importanti complicanze dell’infezione aumentavano anche i decessi e la scomparsa improvvisa e tremenda del Presidente Roberto Stella aveva attestato terribilmente, nella sua crudeltà, che nessuno poteva ritenersi indenne da quanto sarebbe poi, di fatto, accaduto in tutto il mondo. Sono fermamente convinto che in quei momenti, particolarmente difficili per il nostro Paese e per la nostra professione, qualsiasi medico si sia posto, pressoché immediatamente, la domanda: “ma io, in concreto, cosa posso fare?” Certo, non mancavano le occasioni per dare una mano, un consiglio, ai colleghi medici del lavoro che conoscevo da anni: sui dubbi relativi alle procedure aziendali da adottare per questo “nuovo” rischio per la salute e sicurezza dei lavoratori, sulla effettiva possibilità di considerarlo tale e di valutarlo correttamente, sulla più adeguata tipologia dei dispositivi di protezione individuale da utilizzare e sulla classificazione dei contagi da Covid 19 da considerarsi, a tutti gli



effetti, infortuni sul lavoro. Contemporaneamente, però, iniziavo anche a rendermi conto che questo lavoro di studio, a tavolino, per certi versi quasi un esercizio “intellettuale”, poteva essere sì utile, ma strideva fortemente con la quotidiana battaglia che concretamente tanti colleghi stavano combattendo sul campo, in mezzo alla gente. Cresceva, in sostanza, la sensazione e la necessità di doversi muovere di più, sempre nel rispetto della competenza professionale, e con azioni più concrete. Ho sempre ritenuto, inoltre, di avere ricevuto dalla mia professione, economicamente ed emotivamente, senz'altro di più di quanto abbia complessivamente dato negli anni di servizio; in un certo senso era quindi, anche, il momento giusto per ricambiare. Proprio per questi motivi, non appena si sono effettivamente resi disponibili ed utilizzabili i vaccini anti Covid 19, ho immediatamente risposto all'appello lanciato a tutti gli iscritti dal Presidente dell'Ordine, Dr.ssa Giovanna Beretta, manifestando così la mia disponibilità come medico vaccina-

tore, con una adesione volontaria e non retribuita. Dopo essere stato inserito nell'apposito elenco e dopo aver siglato un accordo con la ASST Sette Laghi, ho svolto un corso FAD organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, rivolto, in particolare, agli operatori sanitari addetti alla campagna vaccinale e così, dopo un paio di turni in affiancamento ad una collega (ed amica) per capire e verificare in concreto quanto realmente avveniva sul campo, ho iniziato la vera e propria attività vaccinale in turno, prevalentemente presso il Centro Vaccinale di Schiranna e, in qualche occasione, presso quello di Rancio Valcuvia. Per certi versi era anche l'occasione per ritornare, dopo anni di USSL (e poi ASL e ATS), alla “casa madre Ospedale” dove tantissimi anni prima avevo iniziato la mia attività di medico. Ho compreso da subito che la necessità di incrementare il più possibile l'attività vaccinale comportava senz'altro turni impegnativi, ma l'immediata consapevolezza di partecipare, per quanto fosse fattibile nelle mie possibilità, ad un evento di una portata mai vista prima, attenuava la fatica e contribuiva ad incrementare la convinzione, o la speranza, che ogni persona vaccinata potesse notevolmente ridurre la probabilità di un ulteriore aggravio della già pesante attività di diagnosi e cura che stava impegnando, da mesi, i colleghi ospedalieri e del territorio. A conferma di ciò, infatti,

nonostante le tante difficoltà organizzative e gestionali, peraltro inevitabili in operazioni di così vasto impegno, l'attività stava, o per meglio dire, sta, comunque ed in concreto, dando ottimi risultati. Fornire un contributo in un ambito di questo genere è senz'altro anche un'occasione per rivedere vecchi colleghi e conoscerne di nuovi, con la possibilità di un continuo confronto tipico solo di un lavoro di squadra, ma è anche un momento, sempre importante, per cercare di confortare e rassicurare persone di ogni età, provando a comprendere, nei pochi minuti a disposizione all'interno della postazione vaccinale, i problemi e le storie di ognuno, non solo in relazione agli aspetti sanitari. Nella gran parte dei casi la gratitudine delle persone non si è potuta manifestare col sorriso, ovviamente “blindato” dalla mascherina, ma con l'espressione degli occhi, talvolta accompagnata da poche e semplici parole ed è bastata, a fine turno, a farmi tornare a casa contento. Non so fino a quando potrò o sarà necessario continuare questa attività, ma, già adesso, nell'opportunità che mi è stata data, desidero ringraziare sinceramente gli addetti della Protezione Civile, il personale dell'Esercito, i Volontari e, ovviamente, tutti gli operatori sanitari che ho conosciuto e con i quali ho avuto modo di collaborare proficuamente in questi mesi.

IL MEDICO DEL LAVORO NEL PERIODO COVID

La pandemia COVID ha avuto ed ha un effetto sulla vita di tutti, ma alcune figure professionali hanno subito in modo più acuto gli effetti negativi, pagando spesso anche con la vita l'aver anteposto la propria missione all'incolumità personale. Il pensiero di ognuno va inevitabilmente al sacrificio di tanti colleghi e amici che abbiamo recentemente perduto. In questa critica situazione il Medico Del Lavoro è una delle figure che ha dovuto rimodulare la sua attività sulle nuove necessità emerse dalla pandemia, perché il Mondo del lavoro, soprattutto nel periodo più grave della diffusione dei contagi, è stato proiettato in un contesto sanitario inaspettato, che era impreparato ad affrontare: inevitabile quindi il ricorso al Medico d'Azienda. Sia nel corso della prima ondata pandemica, che della seconda, non c'è stato giorno e non c'è stata ora nei quali non siamo stati coinvolti negli eventi più o meno gravi sul lavoro. Ancora oggi, seppur con minor foga, veniamo coinvolti in diversi processi, molti dei quali ci vedono costretti

a declinare procedure insolite in un contesto medico-legale molto delicato quale è il rapporto tra Paziente-Lavoratore, Medico Competente e Azienda. Ha fatto da sfondo a questa situazione una produzione legislativa forsennata, con emanazione di nuove norme statali quasi ogni giorno, accompagnate da pareri di Enti istituzionali (ISS, INAIL, Garante...) e da norme e indirizzi locali: Regioni, ATS. Questi provvedimenti hanno dato pareri spesso divergenti pur sullo stesso argomento, lasciando il Medico del Lavoro da solo nel difficile rapporto già descritto. Un esempio tra tanti riguarda i Vaccini contro il SARS COV 2. Parliamo esclusivamente dell'ambito sanitario, dove una recente norma, il decreto 44 del 1° aprile 2021, ora convertito in legge, obbliga i sanitari al Vaccino. Il Datore di Lavoro di una Struttura Sanitaria con “lavoratori” (figura sulla quale si tornerà in seguito) deve tutelarli, secondo quanto previsto non solo dal DLgs 81/08, ma anche dal 2087 CC.

di Alberto Battaglia e di Davide Rossi
AMLAV (Associazione Medici
del Lavoro della Provincia di Varese)



Lo stesso Datore di Lavoro deve peraltro tutelare anche i Pazienti, in linea di massima attraverso il Direttore Sanitario, ma con un'indubbia responsabilità civile e penale. Ovvio, in questa fase tuttora emergenziale, il ricorso al Vaccino, in teoria obbligatorio. L'ipotetico Datore di Lavoro, senza tralasciare le altre tutele, deve garantire ai pazienti che gli operatori sanitari che lo curano abbiano rispettato l'obbligo vaccinale, ma su questo argomento ecco intervenire con particolare tempestività il Garante della Privacy: “Il Datore di Lavoro non può chiedere ai lavoratori se si sono vaccinati oppure no, nemmeno acquisendo il dato attraverso Medico Competente”. La soluzione è complessa perché il Decreto 44, disegna un iter tutt'altro che veloce, che cerchiamo di schematizzare:

- Ciascun Ordine professionale trasmette l'elenco degli iscritti alla Regione.
- Le Regioni verificano lo stato vaccinale di ciascuno dei soggetti rientranti negli elenchi.
- Le Regioni segnalano (immediata-

mente...) all'azienda sanitaria locale di residenza i nominativi dei soggetti non vaccinati.

- L'azienda sanitaria locale di residenza invita l'interessato a produrre il certificato vaccinale.
- In caso di mancata produzione, ne dà immediata comunicazione scritta all'interessato, al datore di lavoro e all'Ordine professionale di appartenenza.
- L'Ordine professionale sospende il lavoratore.
- La sospensione da parte dell'Ordine professionale è comunicata immediatamente all'interessato.
- La sospensione mantiene efficacia fino all'assolvimento dell'obbligo vaccinale o, in mancanza, fino al completamento del piano vaccinale nazionale e comunque non oltre il 31 dicembre 2021.

La macchina organizzativa, che prevedeva soluzioni in pochi giorni, non sembra per ora aver sortito effetti, ma in questo contesto giuridico "pendente", i Medici Competenti devono visitare ogni giorno personale sanitario, e sono tenuti a dare un giudizio di idoneità ad ognuno.

Qui si apre un ulteriore serio problema medico-legale, spesso incorciato da accese discussioni con lavoratori che, esauriti i tentativi di rientrare tra coloro che "non possono" essere vaccinati, supportati da certificazioni a volte compiacenti, manifestano il diritto all'autodeterminazione, ma pretendono che sia il Medico del lavoro ad esporsi con un suo certificato.

Il problema che ci si pone ormai quotidianamente è: come definire un lavoratore della sanità che, indipendentemente dalla presenza o meno di

motivazioni ostative, non ha ottemperato all'obbligo vaccinale?

Le risposte possibili sono diverse, tutte con ipotetici risvolti medico-legali controversi e forieri di problemi: Ipotesi di definizione del caso:

1. È idoneo, perché non spetta al Medico Competente (MC) verificare l'ottemperanza al DM 44
2. Non è idoneo perché rischia la vita in caso di paziente COVID positivo
3. Non è idoneo perché i pazienti rischiano di essere contagiati da un operatore che viola il DL 44
4. È idoneo con limitazioni costituite dal non poter eseguire talune azioni particolarmente invasive
5. È idoneo limitatamente ad azioni non dirette sul paziente (es.: il radiologo che può refertare ma non fare un ECO)
6. È idoneo con prescrizione di costante uso di DPI e preclusione di aree comuni come mensa e area fumatori

Per ogni soluzione un'obiezione ragionevole (con riferimento ai punti che precedono):

1. In questo modo mettiamo a rischio lavoratore e paziente, non possiamo ignorare un obbligo vaccinale
2. Più ragionevole della 1, ma la sospensione non spetta al MC
3. Più ragionevole della 1, ma la sospensione non spetta al MC e la tutela del paziente è competenza del DS, che non sembra poter essere oggetto di informativa sull'assol-

vimento dell'obbligo vaccinale del lavoratore

4. Soluzione interessante, ma quali sono le azioni che non espongono al contagio, difficile dirlo
5. Potrebbe essere una soluzione interessante, ma applicabile solo ad alcune categorie di sanitari
6. Ricordiamoci di tanti colleghi deceduti, che portavano costantemente la mascherina: la protezione della FFP2 è dell'85%

La soluzione adatta ad ogni caso non c'è e comunque il giudizio non deve contenere la notizia relativa al fatto che il lavoratore non è vaccinato: il Garante della Privacy lo vieta. È più evidente che la maggior parte dei giudizi che precedono sottintende in modo chiaro che il lavoratore non è vaccinato ed equivale a dirlo apertamente, ma questo è coerente con una situazione complessa, a volte confusa, che ci espone ancora di più alle "interpretazioni" di norme troppo complicate, spesso all'origine di inique sanzioni e attribuzioni di responsabilità ai Medici del lavoro.

La definizione di "lavoratore". Corre l'obbligo di riferire un aspetto non controverso, ma spesso misconosciuto: la figura del Lavoratore. L'art 2 comma 1, lettera (a) del Decreto Legislativo 81 del 2008 è (almeno questo) estremamente chiaro: Definizione, «lavoratore»: persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'atti-



vità lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari.

Al lavoratore così definito è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente stesso; il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento, l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale... omissis.

È quindi cosa certa che la figura del Lavoratore non dipende in alcun modo dalla presenza o dalle caratteristiche di un rapporto economico con un Datore di Lavoro.

Chiunque operi nell'ambito di una organizzazione datoriale o ad esempio

utilizzando risorse umane o risorse tecniche di un Datore di lavoro rientra in tale categoria.

Riguardo ai liberi professionisti ciò non ricorre solo se è possibile dimostrare che il soggetto opera autonomamente, non interagendo in alcun modo con il personale o con l'organizzazione datoriale.

Tale qualifica non può quindi essere applicata ad un professionista nei casi in cui questi affitti per alcune ore o giorni lo studio di un collega, non interagisca con il suo personale ed abbia un rapporto economico diretto con i suoi pazienti.

Nel caso invece degli appalti, il ruolo dovrà essere definito dal DUVRI, documento che regola i rischi derivanti da interferenze: da tale documento dovrà emergere che il lavoratore in appalto ha provveduto attraverso il suo Datore di Lavoro, oppure autonomamente, se attivo in proprio, all'Idoneità sanitaria.



a cura di Dino Azzalin

VOLONTARIO IN AFRICA, VACCINATORE A VARESE

Italo Turato classe 1945 ha lavorato vent'anni in Africa con il Cuamm (Medici con l'Africa) citato persino nell'ultimo libro di Don Dante Carraro, medico e prete, alla guida del Cuamm di Padova una delle più conosciute e longeve Ong (Organizzazione non governative) sanitarie italiane. Per Lui prestare l'opera di volontariato alla Schiranna è stato un semplice atto di offerta e di spontanea dedizione all'altro. Medici così ce ne vorrebbero tanti, che hanno a cuore la "missione" che i dottori dovrebbero essere chiamati a svolgere nel corso della propria formazione professionale e umana. Padovano, emigrato con la famiglia a Varese, studiando ha fatto l'operaio per diversi anni poi una volta laureato ha deciso di cambiar vita, si è specializzato in malattie infettive, conseguito un master di Public Health, ed ha partecipato attivamente alla vita e alla crescita del Cuamm, partendo per l'Africa. Ha lavorato a Maracha e Yumbe nel West Nile in Uganda, poi nel lebbrosario di Gambo in Etiopia, a Maputo in Mozambico, a Uige in Angola, a Mikumi e Lungarawa in Tanzania e in Angola, e impegnato anche



Dino Azzalin e Italo Turato

con APA (Amici Per l'Africa) Onlus di volontariato sanitario che si occupa di progetti odontoiatrici in ospedali e strutture povere dell'"ultimo miglio". Per Italo, professionista silenzioso di poche parole, ma tenace che intende il volontariato come un dovere morale per ciascun medico soprattutto in caso di emergenza come la pandemia e considerando la vaccinazione, con i dispositivi personali e la distanza sociale, come l'unico modo per arginare la pandemia e tornare a una vita normale. Italo non ama parlare di sé né in pubblico né in privato, a lui piace fare, e anche queste righe sono state eccezionalmente autorizzate per la lunga esperienza e il lavoro fatto insieme per la nostra formazione e la "militanza" in Africa. Tutte le mattine fin qui, ha vaccinato centinaia di cittadini, con un

lavoro duro anche se ripetitivo, senza mai lamentarsi, lavorando molto parlando poco, con tenacia e costanza, prendendo il bus tutte le mattine e presentandosi puntuale alla postazione a lui affidata dall'ATS Settela-gli. Italo ha tenuto alta la bandiera della professione medica con umiltà e generosa responsabilità, rispondendo alle ansie e ai bisogni della gente, soprattutto quando si tratta dei più poveri e in difficoltà con la vita. Un esempio di serietà e un gesto di fedeltà alla professione di vicinanza emotiva che con tutti gli altri volontari ha reso un servizio preziosissimo alla comunità che don Dante chiama i "cavalieri del bene". Grazie Italo, grazie a tutti i coloro che hanno prestato la loro opera gratuita e disinteressata in un momento così delicato e difficile per la salute pubblica dell'uomo.

LA SALIVA, DA ACERRIMO NEMICO A PREZIOSO ALLEATO NELLA LOTTA CONTRO IL COVID

La battaglia contro il covid19 fa uso di tanti strumenti. Tra questi, anche della saliva a scopo diagnostico. Un'intuizione che è nata per la prima volta all'Università dell'Insubria a inizio pandemia, ed è stata citata in oltre duecento pubblicazioni. Da qui hanno preso corpo i test salivari rapidi, esami facili, non invasivi, con risposte entro pochi minuti. Un tema su cui abbiamo intervistato il Dottor Lorenzo Azzi, ricercatore di odontoiatria all'Insubria, tra coloro che hanno messo a punto questo strumento anti-covid.

Perché questo doppio gioco della saliva?

Il principale veicolo di diffusione di SARS-CoV-2 è la saliva, mediante le goccioline più o meno fini che fuoriescono dal cavo orale parlando, tossendo, starnutendo, ecc. In questo senso la saliva è un "nemico" ma, come per primi abbiamo dimostrato oltre un anno fa, è anche il fluido dove più facilmente si può isolare il virus e, quindi, il fluido da utilizzare per produrre test diagnostici: in questo senso può essere un "prezioso alleato".

Perché i test salivari sono migliori dei tamponi nasofaringei?

Fondamentalmente per la facilità con cui si raccoglie il campione salivare ri-

di Stefano Giovanni Casiraghi
Presidente Cao Varese



è necessaria la presenza di personale sanitario. Nel caso del tampone nasofaringeo è indispensabile la presenza di un operatore sanitario che deve anche essere esperto, in quanto il risultato può risentire di un prelievo non preciso.

L'Università dell'Insubria è stata la prima a proporre a inizio pandemia l'uso della saliva a scopo diagnostico. Come mai solo adesso si iniziano a vederne i risvolti pratici?

La pandemia di COVID-19 è stato uno tsunami. Inizialmente, nessuno era pronto e si è fatto ricorso ai protocolli diagnostici utilizzati durante l'epidemia di SARS nel 2003. Il nostro lavoro, che andava a dimostrare la presenza del virus nella saliva e proponeva l'opportunità di utilizzare questo fluido, per creare test diagnostici più semplici, è stato il classico "sassolino gettato nello stagno". Questo lavoro è stato citato in oltre 200 pubblicazioni internazionali che di fatto hanno confermato i nostri dati e la possibilità di utilizzare i test salivari come prima scelta negli screening di massa.



Lorenzo Azzi

spetto alle secrezioni nasofaringee. Nel caso della saliva basta "sputare" e non

In che senso i test salivari sono migliori per lo screening di massa?

Va rivalutato l'approccio teso a limitare la diffusione del virus SARS-CoV-2. I tamponi nasofaringei sono di due tipi, molecolari ed antigenici. I primi vanno processati e richiedono tempi lunghi, i secondi sono rapidi. Ma entrambi necessitano di un prelievo spesso fastidioso che deve essere effettuato da personale sanitario formato. Dalla qualità del prelievo dipende l'affidabilità della risposta.

Per quanto concerne i test salivari, anch'essi possono essere molecolari e antigenici; i primi necessitano di essere processati, quindi non danno immediatamente il risultato (ne è un esempio il test proposto dall'Università Statale di Milano ed "adottato" da Regione Lombardia), mentre gli antigenici (test salivari rapidi) forniscono il risultato in pochi minuti. Importante è che entrambi i test salivari non necessitano di personale sanitario per il prelievo del campione. Ciò detto, la vera innovazione che può davvero procurare una battuta d'arresto alla diffusione di SARS-CoV-2 è solo il test salivare rapido antigenico che permette il prelievo semplice del campione senza personale sanitario e dà il risultato in pochi minuti.

Ci porti un esempio.

Un bambino asintomatico o presintomatico può essere intercettato solo



attraverso uno screening di massa che individui i portatori del virus nelle scuole. Questo esclude i tamponi nasofaringei, perché ovviamente non abbiamo tanto personale sanitario per poter presidiare ogni classe scolastica. Utilizziamo quindi un test salivare, usiamo quello molecolare. Il bambino fa il prelievo con facilità ed entra in classe. Il test necessita di essere processato e tale processo richiede, alla fine, una giornata. Il giorno seguente risulta positivo: quarantena per la classe e probabile contagio di qualche contatto. Supponiamo, invece, di utilizzare un test salivare rapido antigenico, con lo stesso bambino. Si sottopone al test senza personale sanitario specia-

lizzato; dopo cinque minuti risulta positivo: non entra in classe. Rientra a casa, viene segnalato al curante ed entra in quarantena; la classe è protetta. Con i test salivari antigenici rapidi viene rivoluzionata la filosofia stessa del concetto di screening: invece di rincorrere l'infezione e cercare di identificare la catena di trasmissione del virus (contact-tracing), con lo screening in entrata nei luoghi di aggregazione si impedisce al virus di entrare, si "tagliano le gambe" all'infezione ed alla sua possibilità di propagarsi, senza più dover ricorrere ai lockdown o a pesanti, diseconomiche, misure restrittive.

Ma sono affidabili i test salivari rapidi?

Dipende dalla qualità dei reagenti, come pure per i tamponi nasofaringei rapidi, peraltro. Nella nostra sperimentazione descritta e pubblicata l'anno scorso, il test rapido salivare forniva una sensibilità molto alta rispetto al tampone nasofaringeo molecolare, pari al 93%. Pensi che abbiamo registrato una specificità più bassa perché la saliva identificava soggetti infetti anche quando il tampone forniva esito negativo. Decine di lavori, in seguito, hanno confermato le nostre osservazioni. Una dimostrazione pratica di quello che dico la può leggere in un recente articolo pubblicato su The Lancet Infectious Diseases, in cui si descrive uno screening a tappeto effettuato con tamponi nasofaringei rapidi su tutto il pubblico che ha partecipato ad un concerto musicale a Barcellona, un evento che ha avuto anche un importante risalto mediatico. Lei pensi se, al posto dei tamponi rapidi nasofaringei, fossero stati eseguiti i test salivari rapidi: si sarebbe potuto evitare l'impiego di personale sanitario formato per eseguire le procedure, con un notevole abbassamento dei costi.

Quindi cosa manca?

Banalmente manca l'utilizzo dei test salivari antigenici rapidi negli screen-

ing di massa, gli unici che permettono di liberare la nostra comunità dall'infezione di SARS-CoV-2. L'auspicio è che la Sanità Pubblica ne capisca le potenzialità e che adotti quelli che l'industria ha prodotto, verificandone prima l'accuratezza diagnostica sul campo per scegliere quelli più performanti.

Il ruolo della saliva nella ricerca contro SARS-CoV-2 si limita solo all'aspetto diagnostico? Cosa state studiando adesso e quali i risultati?

Stiamo lavorando ad uno studio che verrà pubblicato a breve sull'analisi della risposta immunitaria al vaccino, in particolare a livello delle mucose, le prime che incontrano il virus. Abbiamo condotto un'analisi su diversi operatori sanitari che si sono sottoposti alla vaccinazione anti-COVID con BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) per vedere come si sviluppasse la loro risposta immunitaria non solo a livello di siero, ma anche di saliva. Lo scopo di questo studio è stato quello di misurare il titolo anticorpale delle IgG e delle IgA a livello delle mucose, il sito che il virus incontra per primo e che ci difende contro l'infezione. I risultati ci mostrano che il vaccino induce una potentissima risposta anticorpale a livello di siero, ma non un'altrettanto efficace risposta a livello di mucose. Nella saliva, infatti, sono riscontrati

principalmente immunoglobuline neutralizzanti di tipo IgG, che trasudano dal siero, e non si riscontra una risposta nella produzione di IgA. Solamente alcuni soggetti, precedentemente esposti all'infezione, mostrano una debole riattivazione nella produzione di IgA con due dosi vaccinali.

Che implicazioni potrebbe avere questo studio?

Questi dati ci confermano che la somministrazione del vaccino a mRNA, avvenendo per via intramuscolare, produce una risposta sistemica molto efficace. Tuttavia, se volessimo potenziare la risposta immunitaria contro SARS-CoV-2, potrebbe essere utile valutare la somministrazione di una terza dose, già ipotizzata da più scienziati, non per via intramuscolare ma per via topica orale e/o nasale, così da indurre la produzione anche di anticorpi più efficienti nel proteggerci contro l'infezione. La recente comparsa della variante Delta e i contagi che si registrano in alcuni soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale ci fa comprendere che forse non è necessario solo prevenire la malattia grave e l'ospedalizzazione, ma interrompere la catena di trasmissione del virus impedendo la stessa infezione. E questo si può provare con vie alternative di somministrazione del vaccino in una ipotetica terza dose.

di Luisa Chiappa
 Presidente Medici con l’Africa
 Cuamm – Varese

MEDICI CON L’AFRICA CUAMM, DIECI ANNI DI ATTIVITÀ A VARESE

“D al 1950 per il diritto alla salute”. È questa, racchiusa in una frase, la missione di Medici con l’Africa CUAMM, la prima organizzazione italiana che si spende per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane, per rendere l’accesso ai servizi sanitari disponibile a tutti, soprattutto ai più poveri ed emarginati, e lo fa, sul campo dal 1950, CON i medici, gli infermieri, gli ospedali, le scuole, le università, le istituzioni del posto.

CUAMM è attivo, oggi, in otto Paesi dell’Africa sub-sahariana (Angola, Etiopia, Mozambico, Repubblica Centrafricana, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania e Uganda) con progetti di assistenza sanitaria a lungo termine, in un’ottica di inclusione sociale. Vengono coinvolte nelle iniziative soprattutto le fasce più deboli della popolazione, in particolare le mamme e i bambini, con programmi di cura e prevenzione, interventi di sviluppo delle strutture sanitarie, attività dedicate ai malati HIV/ Aids, tubercolosi, malaria, formazione di medici, infermieri, ostetriche e altre figure professionali.

Medici con l’Africa CUAMM Varese nasce ufficialmente il 19 giugno 2011. In realtà, la storia della sezione varesina dell’organizzazione fondata nel 1950 a Padova inizia alcuni anni prima, quando, quasi per caso, Giorgio Gadiva – medico chirurgo di Angera – capita all’ospedale di Wolisso, nella regione centrale dell’Etiopia, a circa 120 chilometri dalla capitale Addis Abeba, e lì conosce alcuni medici, volontari e personale del CUAMM.

A Wolisso, infatti, capoluogo dell’Oromia, era stato inaugurato pochi anni prima, nel 2000, il suo “nuovo” ospedale costruito da Medici con l’Africa CUAMM, in collaborazione con le autorità locali e la Chiesa Cattolica Etiope. La realizzazione dell’Ospedale e Scuola per Infermieri e Ostetriche San Luca aveva segnato l’inizio dell’impegno di Medici con l’Africa Cuamm nella zona del South West Shoa. Di quello che oggi è un centro sanitario d’eccellenza, un Teaching Hospital che funziona come punto di riferimento della regione dell’Oromia, della Southern Nations Nationalities and People’s Region (Snnpr) e delle

aree limitrofe, nella mente e negli occhi di Giorgio Gadiva rimasero in quel viaggio soprattutto i bambini e, in particolare, quelli malnutriti (che era la maggior parte). Bambini che giungevano in ospedale devastati dalla mancanza di cibo nutriente e che venivano “mischiati” insieme agli altri pazienti – non solo minori – con il rischio di contrarre ulteriori malattie. Al suo ritorno in Italia, il dottor Gadiva iniziò a raccogliere fondi per realizzare, nell’ospedale di Wolisso, un padiglione per i bambini malnutriti che, finalmente, venne inaugurato nel febbraio 2010.

Giorgio Gadiva riuscì a raggiungere il suo obiettivo di fondare la nuova Sezione di Varese due giorni prima di morire: è stato lui il primo Presidente, durato in carica un giorno, e a lui oggi è dedicata la sezione. In questi dieci anni di attività – sotto la guida dei Presidenti e delle Presidentesse che si sono succeduti, da Leda Mantovani a Maura Lucchini, da Dino Azzalin ad Aurelio Sessa fino all’attuale, Luisa Chiappa – lo spirito del dottor Gadiva non è mai svanito. Medici con l’Africa



CUAMM Varese ha appoggiato, nel tempo, i due grandi programmi promossi da CUAMM a livello nazionale: dal 2012 al 2016 “Prima le mamme e i bambini” e dal 2017 sino alla fine del 2021 “Prima le mamme e i bambini 1000 di questi giorni”, un progetto che guarda con particolare attenzione al tema della malnutrizione dei piccoli nati nel primo loro anno di vita.

Ora, con dieci anni di attività alle spalle e con l’esperienza di un periodo difficile come quello della pandemia durante il quale sono drammaticamente calate le donazioni e durante il quale partire per l’Africa è stato molto difficile se non impossibile, la sezione

di Varese ha deciso di accogliere una nuova sfida: costruire il reparto di maternità nel Centro di Salute a Linde, nel nord del Mozambico. Questa regione, in meno di due anni, è stata ripetutamente colpita da diversi cicloni che hanno devastato le zone coinvolte, comprese abitazioni, campi e raccolti che sono l’unica forma di sostentamento per la popolazione locale. Tutto questo si è sommato alla grave emergenza sanitaria legata a Covid-19 e alle crisi umanitarie che da anni hanno portato centinaia di migliaia di persone ad abbandonare le proprie terre, cercando riparo e ospitalità altrove.

In Mozambico l’intervento di Medici con l’Africa Cuamm è iniziato in anni difficili, con i primi sei volontari arrivati nel 1978, poco dopo l’indipendenza dal Portogallo conquistata nel 1975. Linde è un centro sanitario come molti altri, in Mozambico, in mezzo al nulla a due ore di auto dal capoluogo della provincia di Capo del Gado, Pemba. L’obiettivo del CUAMM, attraverso l’impegno oggi della sezione di Varese, è proprio costruire una nuova maternità con due piccole sale parto per educare e assistere le mamme, prima e durante il parto. L’obiettivo è chiaro: con il supporto, economico e umano, di tutti è anche raggiungibile.

CINQUANT'ANNI DI LAUREA

75 i medici che venerdì 2 luglio hanno ricevuto una medaglia dall'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Varese per aver tagliato, nel 2020 e nel 2021, il traguardo dei 50 anni di laurea. La cerimonia si è svolta nella suggestiva cornice di Villa Cagnola a Gazzada Schianno



LAUREATI NEL 1970

Dr ADAMI RAFFAELLO ■ Dr ALBASSER GIUSEPPE ■ Dr ANDREOTTI OSCAR ■ Dr.ssa BARATELLI LUCIANA
 Dr.ssa BASSANI PAOLA ■ Dr BILARDO ETTORE ■ Dr BONACINA FRANCO ■ Dr.ssa BONZI GIOVANNA
 Dr CALCATERRA MARCO ANGELO ■ Dr CALEGARI ANTONIO ■ Dr CAMBIELLI MARCO ■ Dr CAMPUS GIOVANNI ANTONIO
 Dr CAPPELLO LUCIANO ■ Dr CAPRIOLI SEVERINO ■ Dr CARENZI ANGELO ■ Prof. CHERUBINO PAOLO
 Dr COZZI GIUSEPPE PAOLO ■ Dr FEDELE GIULIANO ROBERTO ■ Dr FORZANI TERESIO ■ Prof. FRANZIA ADOLFO
 Dr GALANTE EMILIO ■ Dr GIANI GIUSEPPE ■ Dr LEONI GIAN PIERO ■ Dr LOMBARDI GIUSEPPE CARLO
 Dr MAFFEZZONI ANDREA ■ Dr MAFFIOLI MARIO ■ Dr MENTASTI GIAN LUIGI ■ Dr.ssa NODARI GABRIELLA
 Dr ORSINI CLAUDIO ■ Dr PERRUCCI CORRADO ■ Dr PURICELLI ALBERTO ■ Dr.ssa RABBI ANNA ■ Dr RADICE IVANO
 Dr.ssa RAMORINO LUCE ANNA ■ Dr RIVA FRANCO ■ Dr.ssa ROSSI MARIELLA ■ Prof. SALERNO URIARTE JORGE ANTONIO
 Dr SARTI GIORGIO ■ Prof. SCAMONI CARLO ■ Dr.ssa SCOTTA MARIA SERENELLA ■ Dr SGRO MARIO
 Dr SPADA VINCENZO ■ Prof. TAVANI MARIO ■ Dr TURUANI ENRICO ■ Dr ZANABONI MARCO

LAUREATI NEL 1971

Dr ALLARIA PIETRO MARIO ■ Dr BARENGHI MAURIZIO ■ Dr BORSANI FELICE ■ Dr CABANO GIAN VIRGILIO
 Dr CANDIANI ALFREDO ■ Dr CATENAZZO PASQUALE ■ Dr CAZZANI MARIO ■ Dr CINQUEPALMI MAURO
 Dr CRESPI FERNANDO ■ Dr.ssa DE IULIIS MADDALENA ■ Dr.ssa DI STEFANO MARIAGRAZIA ■ Dr DI TOMA COSIMO
 Dr EDEFONTI ALBERTO ■ Dr LIMIDO GRAZIANO ■ Dr MATTAINI ROBERTO ■ Dr MERLO PIETRO ■ Dr MILANI ELIO
 Dr MILANI MASSIMILIANO ■ Dr MORELLI EDOARDO ■ Dr.ssa NERI MARGHERITA ■ Prof. NESPOLI ANGELO
 Dr PELLERIN IVANOE ■ Dr PERINA ENOS ■ Dr.ssa ROSATO TERESA ■ Dr ROSSI FRANCO ■ Dr ROSSI NARDO
 Dr SOMMARUGA GIANCLAUDIO ■ Dr TADDEI RENZO PAOLO ■ Dr VANELLI GIANFRANCO

NUOVE ISCRIZIONI ALBO DEI MEDICI CHIRURGI

● 4 MAGGIO 2021

CAMPUS Antonella di Induno Olona (VA)
 CURAJ Evtal di Varese
 FERRARI Barbaradi Cardano al Campo (VA)
 PATRATANU Silvana Maria di Gallarate (VA)
 SIDOTI Francesca Alessandra di Cardano al Campo (VA)
 BERTOLI Rita di Varese
 SALMOIRAGHI Silvio di Busto Arsizio (VA)
 BONAFÈ GRINBERG Gabriela di Busto Arsizio (VA)
 CASICCIA Lorenzo di Genova
 MASIELLO Elvira Roberta di Varese
 MAZZONE Dario Maria di Castelletto Ticino (NO)
 RUOCCO Giuseppe di Legnano (MI)

● 8 GIUGNO 2021

KHAMNE ASL Taymaz di Varese
 MAZARAKI Aspasia di Varese
 ANGRISANI Vincenzo di Milano
 AZZINI Andrea di Nova Milanese (MI)
 CIPRANDI Alberto di Parabiago (MI)
 COSTANTINI Adolfo di Varese
 GIORGIANNI Andrea di Varese
 PIAZZOLLA Federica di Varese
 PUCCHETTI Grazia Letizia Norma di Milano
 SARTINI Chiara di Varese

Rigetto iscrizione

BORDONARO Sergio

● 6 LUGLIO 2021

BANFI Daniele di Origgio (VA)
 BOSSI Bianca di Venegono Inferiore (VA)
 BRAMASCHI Alessia di Comerio (VA)
 GONZALEZ CELY Adriana Marcela di Varese
 GUANTE HENRIQUEZ Denys di Varese
 LOMBARDI Michele di Origgio (VA)
 PIETROBON Federico di Gorla Minore (VA)
 TRAVI Lorenzo di Varese
 ANNIBALI Ennio Mauro di Sumirago (VA)
 PISCOPO Cristiano di Locarno (Svizzera)
 ULLO Ines di Benevento

● 27 LUGLIO 2021

BERNASCONI Gianna di Saronno
 BERTINI Alessandro di Busto Arsizio

BERTONI Irene di Porto Valtravaglia
 BIANCHI Maria Chiara di Gavirate
 BRUSA Elena di Sesto Calende
 CACIOPPO Sofia di Varese
 CENACCHI Valentina di Varese
 CODORI Francesco di Olgiate Olona
 CRITELLI Flavio di Varese
 CROCI Federica di Luvinata
 DAL MOLIN Marzia di Brunello
 DEL VECCHIO Rocco Loris di Oggiona Con Santo Stefano
 FRATTINI Giacomo di Caravate
 GALLO Matteo di Somma Lombardo
 GIORGETTI Federica di Busto Arsizio
 GRITTI Mattia di Busto Arsizio
 GUGLIELMO Oliviero di Varese
 IMPERIALI Claudio di Varese
 LIEPA Linda di Besozzo
 LUCIONI Federica di Castiglione Olona
 LURASCHI Giulia di Induno Olona
 MACCHI Francesco di Tradate
 MACCHI Ilaria di Brinzio
 MAMMANA Alessandra di Saronno
 MANCON Stefano di Somma Lombardo
 MARCHESE Marco di Arcisate
 MARELLI Edoardo di Cairate
 MILANI Chiara di Cardano Al Campo
 PRADERIO Angelica di Varese
 PROVINI Chiara di Varese
 QUADRELLI Letizia di Cittiglio
 REBESCHI Sara di Varese
 RESTELLI Paola Serena di Saronno
 ROSSETTO Gloria di Mornago
 ROSSI Giada di Caronno Pertusella
 SALMASO Ilaria di Varese
 SORDI Veronica di Morazzone
 STELLA Federico di Besozzo
 TARANTINI Roberto di Besozzo
 TARAS Rachele di Varese
 TURCONI Gloria di Gerenzano
 VALADERIO Dalila di Cuasso Al Monte
 VECHIU Arline di Varese
 VERSINO Francesco di Varese

Per trasferimento da altro Ordine

GATTO Loredana di Milano

CANCELLAZIONI ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

● 4 MAGGIO 2021

Per trasferimento ad altro Ordine

ANGI Vincenzo di Gallarate (VA)
 BELLOMO Andrea di Milano
 CENTORRINO Erica di Arcisate (VA)
 GIFFONI Francesca di Pavia
 PAPA Francesca di Varese
 SCHIRA Giorgio di Vacallo (Svizzera)
 TAMBORINI Francesco di Cormano (MI)

● 8 GIUGNO 2021

Per dimissioni

DATTOLI Enzo Angelo di Neuchatel (Svizzera)

Per trasferimento ad altro Ordine

FANTONI Chiara di Bologna
 OCCHIPINTI Vincenzo di Dairago (MI)
 RUGO Michele Angelo di Bologna

● 6 LUGLIO 2021

Per dimissioni

CIACCIA Anna Stella di Tursi (MT)

Per trasferimento ad altro Ordine

BLINI Maura di Appiano Gentile (CO)
 GOLLA Isabella di Borgoticino (NO)
 MAZZUCHELLI Paolo Sandro di Milano
 PARRINELLO Matteo di Bergamo
 RIGOLI Elena di Desenzano del Garda (BG)
 TORELLI Fabrizio di Saronno (VA)

● 27 LUGLIO 2021

Per dimissioni

CASTELLI Ambrogio di Busto Arsizio (VA)
 GOVORCINOVIC Zorica di Minusio (Svizzera)
 GRIZZETTI Lorenzo di Nyon, Canton Vaud (Svizzera)
 MOLINARI Emilio di Casciago (VA)

Per trasferimento ad altro Ordine

CECCHETTI Mario Francesco di Valganna (VA)
 FRASISTI Massimo di Luvinata (VA)
 SLAVESCU Camelia di Oleggio Castello (NO)

VARIAZIONI ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

● 4 MAGGIO 2021

Ponti Giorgia - Diploma di Formazione specifica di Medicina Generale - Polis Lombardia
 Pirola Giacomo Maria - Specialista in Urologia - Università di Modena e Reggio Emilia

● 6 LUGLIO 2021

CORGATELLI Giulio - Master in Bioetica per le sperimentazioni cliniche e i comitati etici Università Politecnica delle Marche

NUOVE ISCRIZIONI ALBO DEGLI ODONTOIATRI

● 4 MAGGIO 2021

KOZOKIC Jovana di Kladovo (Serbia)
 CEI Giulia di Gazzada Schianno (VA)
 CURTI Cecilia di Castellanza (VA)
 DOTO Matteo di Milano
 MONTI Salvatore Maria di Corbetta (MI)
 RUOCCO Giuseppe di Legnano (MI)

● 8 GIUGNO 2021

Per provenienza da altro Ordine

ANGRISANI Vincenzo di Milano
 AZZINI Andrea di Nova Milanese (MI)
 CIPRANDI Alberto di Parabiago (MI)
 PRESTILEO Chiara di Palermo

Rigetto iscrizione

BORDONARO Sergio

● 6 LUGLIO 2021

PULCINI Maria Giulia di Napoli

CANCELLAZIONI ALBO DEGLI ODONTOIATRI

● 4 MAGGIO 2021

Per trasferimento ad altro Ordine

PERONI RANCHET Paolo di Milano

● 6 LUGLIO 2021

Per dimissioni

FRANCHI Celeste di Penango (AT)

Rigetto cancellazione

GAINI Roberto

● 27 LUGLIO 2021

Per dimissioni

MUNOZ CAMPOS Rocio di Vergiate (VA)

Per trasferimento ad altro Ordine

FRASISTI Massimo di Luvinata (VA)

RICORDIAMO I COLLEGHI CHE CI HANNO LASCIATO

LORINI Giuseppe di Varese	deceduto il 11/01/2020
TOSI Francesco di Albizzate (VA)	deceduto il 26/11/2020
CARELLA Claudia di Induno Olona (VA)	deceduta il 07/05/2021
CHIRONI Sergio di Varese	deceduto il 15/06/2021
CALATI Carolina di Luvinata (VA)	deceduta il 30/06/2021

RIEPILOGO DEGLI ISCRITTI AL 9 LUGLIO 2021

Nominativi iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi	5089
Nominativi iscritti solo all'Albo dei Medici Chirurghi	4651
Nominativi iscritti all'Albo degli Odontoiatri	985
Nominativi iscritti solo all'Albo degli Odontoiatri	547
Nominativi con Doppie iscrizioni	438
Totale delle iscrizioni	6074
Totale delle persone fisiche iscritte	5636



OMCeO
Varese

AVVISO ALL'UTENZA

Si avvisano i gentili utenti che **dal 9 al 16 agosto 2021** gli uffici dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri **rimarranno chiusi. Riapriranno martedì 17 agosto.**

Per motivi di sicurezza legati al Covid-19 la Segreteria è aperta su appuntamento dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 15.00

La Segreteria OMCeO Varese

RETTIFICA DI CHIARIMENTO

Nell'illustrazione dell'articolo LA CHIRURGIA AL TEMPO DEL COVID, pubblicato a pagina 16 e seguenti del Bollettino 02 del 2021, è stata inserita un'immagine dal titolo: Covid and Emergency Surgery senza citarne correttamente la fonte. L'immagine è tratta dall'articolo: Laparoscopy at all costs? Not now during COVID-19 outbreak and not for acute care surgery and emergency colorectal surgery: A practical algorithm from a hub tertiary teaching hospital in Northern Lombardy, Italy Di Saverio, Salomone MD, FACS, FRCS; Khan, Mansoor MD, FACS, FRCS; Pata, Francesco MD; letto, Giuseppe MD; De Simone, Belinda MD; Zani, Elia MD; Carcano, Giulio MDAuthor Information in Journal of Trauma and Acute Care Surgery: June 2020 - Volume 88 - Issue 6 - p 715-718 doi: 10.1097/TA.0000000000002727 J Trauma Acute Care Surg. 2020 Jun; 88(6): 715-718.<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7473818/>> Published online 2020 Apr 10. doi: 10.1097/TA.0000000000002727<<https://dx.doi.org/10.1097%2FTA.0000000000002727>> Articolo riportato anche sul sito National Library of Medicine (Pubblicato da Wolters Kluwer Health, Inc. per conto dell'American Association) ed accessibile al seguente link. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32282750/> Ci scusiamo con gli autori e con gli editori per l'involontario errore.

