

## Progetto Carla

Carla Vittoria Brambilla

MMG

Milano

Siamo a giugno 2020. Siamo inondati dalla pandemia e dai suoi effetti economici e sanitari. Abbiamo più di 30.000 vittime sulle spalle.

Vorrei essere ottimista pensando a una mutazione gentile del virus ma non posso che essere cauta contro un nemico così subdolo e imprevedibile. Non abbiamo una sfera di cristallo e verso il futuro abbiamo solo intuizioni o sensazioni.

Cosa accadrà? Non lo sappiamo in realtà.

Ma sappiamo che quello che è accaduto potrebbe accadere di nuovo e questo non può trovarci impreparati.

La mia realtà, di medico di medicina generale è la realtà di Milano, la mia città, che amo e alla quale appartengo.

Vorrei per questo fare delle ipotesi e delle proposte per non trovarci proni, impreparati e, soprattutto, in balia di impreparazione e stupore non produttivi come ci siamo trovati nel passato appena trascorso.

Ben lungi da me muovere critiche o polemiche, ma dovremmo imparare dai nostri errori.

Vorrei solo affrontare la peggiore delle ipotesi, in quanto la migliore non richiederebbe la fatica di armarsi. Non possiamo trovarci impreparati e la città di Milano deve prepararsi per affrontare un eventuale grande problema sanitario ed economico.

Se tutti i casi febbrili da settembre in poi affollassero i Pronto soccorso e gli ambulatori di medicina generale con il dubbio diagnostico di casi COVID, vi sarebbe un altissimo rischio di contagio e diffusione dell'infezione con la probabilità di mettere tutti i pazienti e i loro contatti in quarantena cautelativa e quindi non attivi lavorativamente. Infatti la sola diagnosi clinica non è sufficiente.

D'altronde, come ogni anno, le patologie virali, le polmoniti franche o da atipici andranno a colpire un alto numero di persone creando una impossibilità di diagnosi clinica differenziale con COVID.

L'obiettivo quindi è quello della diagnosi precoce (da qui isolamento, tracciamento contatti, terapia precoce e *follow up* domiciliari) di tutti quei casi COVID positivi che possono essere isolati con diagnosi differenziale. Deve quindi essere escluso lo studio del medico di medicina generale per la diagnosi (non ha i mezzi, né i DPI adeguati), deve essere escluso il Pronto soccorso ospedaliero per evitare il collasso della struttura. Devono essere inoltre esclusi entrambi poiché costituirebbero un luogo ideale di contagio, soprattutto per la commistione con pazienti acuti o fragili.

D'altronde poter pensare che le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) o le ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) possano caricarsi di un lavoro così massivo è impensabile. Non vi sarebbe possibilità di avere una diagnosi in tempo veloce e il sistema domiciliare collasserebbe.

Questo detto, l'unica alternativa è la costituzione di sedi dedicate per la diagnosi di patologie febbrili (DDPF).

Milano è suddivisa in nove municipi o zone di diversa popolosità e grandezza. In ogni zona dovrebbero essere aperti uno o due centri di DDPF che abbiano in dotazione poche ma essenziali attrezzature per la diagnosi precoce, dove i MMG possano inviare i pazienti sospetti dopo *triage* telefonico.

Vanno reperite strutture tra vecchi locali ATS (Agenzia di tutela della salute) dismessi o altro (Milano ne è piena). In ciascuno di questi vanno organizzati due percorsi: uno pediatrico (0-12 anni) e uno per adulti.

Le attrezzature necessarie sono:

- ecografo per patologie polmonari,
- RX torace,
- esami ematochimici: emocromo, PCR, VES, D-dimero,
- tampone per COVID e tampone per streptococco (pazienti pediatrici).

Il personale protetto con DPI adeguati dovrebbe comprendere:

- personale medico con competenze radiologiche di base,
- personale infermieristico per prelievo ematico e tampone,
- personale di segreteria per gestione segnalazione.

Ognuno di questi “dispensari infettivi” gestirebbe il paziente COVID confermato con queste possibilità:

- caso grave (invio a ospedale con segnalazione e corridoio preferenziale isolato),
- caso lieve (rientro al domicilio con *follow up* da parte del medico di medicina generale che porrà in quarantena solo i casi COVID e i contatti e seguirà telefonicamente giornalmente l'evoluzione della malattia posta in terapia precocemente.

Tutti gli altri pazienti non COVID rientrano al domicilio e verranno seguiti dal MMG.

Il costo per creare 9-18 microunità operative diagnostiche nella città, vista l'eseguità di quanto richiesto per le attrezzature, è affrontabile, e inferiore ai costi di terapie intensive e blocco improprio delle attività lavorative.

Il controllo e la limitazione di una pandemia devono partire dal territorio con una strategia semplice e ripetibile che permetta, con costi limitati, il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. diagnosi precoce,
2. isolamento, tracciamento dei contatti, contenimento dei focolai,
3. terapia domiciliare precoce e *follow up* domiciliare,
4. limitazione dall'assenza impropria dal lavoro per quarantene non necessarie e quindi limitazione del danno economico,
5. risparmio su DPI completi e diminuzione dell'esecuzione degli esami superflui.

Resta detto che queste strutture anche alla fine della pandemia potranno restare in essere con l'obiettivo della limitazione delle patologie ad alta trasmissibilità, costituendo un aiuto costante per la medicina del territorio.