

Progetto di cura Un approccio innovativo alla lotta al Covid

Presupposti

L'esperienza maturata in molti mesi di lotta al Covid ha dimostrato che: i tamponi molecolari sono costosi e comportano diagnosi tardive; a fronte dell'escalation della seconda ondata di infezioni, essi non hanno consentito un tracciamento adeguato (la questione del tracciamento è stata praticamente archiviata!); i tamponi rapidi (antigenici) hanno rappresentato un passo in avanti ma non hanno risolto il problema.

Esistono test rapidi di che possono essere eseguiti a domicilio, in assenza di personale sanitario, dagli stessi soggetti interessati (Autotest), di basso costo, che consentono una autodiagnosi rapidissima (in 30 min) e affidabile. In particolare negli Stati Uniti, la Food and Drug Administration, ha rilasciato un'autorizzazione all'uso di un test nominato "Lucira COVID-19 All-In-One Test Kit". Si tratta di un test molecolare fai da te, che può essere utilizzato dai 14 anni in su, definito da Stephen M. Hahn, commissario della Fda: "un importante progresso diagnostico per affrontare la pandemia e ridurre il carico sulle strutture pubbliche".

L'altro presupposto di questo progetto è rappresentato dalla desolante constatazione che una malattia prevalentemente domiciliare non viene trattata a domicilio se non attraverso semplici comunicazioni telefoniche (in questo senso non ci sono precedenti nella storia della medicina!). L'elevatissima letalità, derivata prevalentemente da diagnosi tardive, e l'ingorgo di ospedali e terapie intensive sono drammaticamente noti; gli effetti positivi di una vaccinazione di massa, del resto, tarderanno molti mesi (è in gioco quindi nel nostro paese la vita di decine di migliaia di persone!).



Obiettivo primario

Rendere possibile una diagnosi di massa di Covid in modo semplice, rapido e a basso costo.



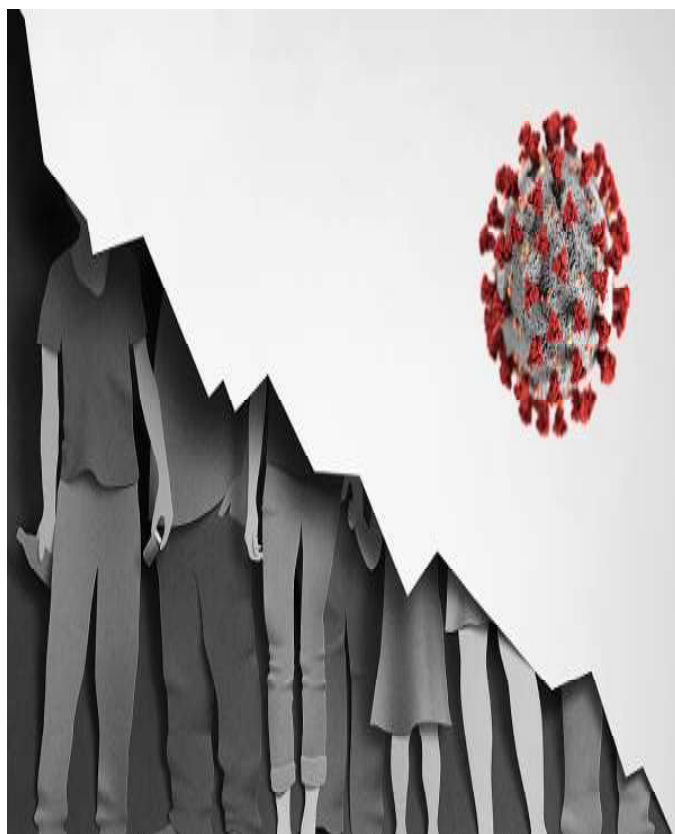
Obiettivi secondari

Ottenere un risparmio enorme rispetto ai costi relativi all'uso dei tamponi; finanziare le USCA, aumentandone il numero e valorizzandone il peso strategico attraverso l'enorme liquidità resa disponibile dalla drastica diminuzione del numero di tamponi molecolari effettuati; rendere di nuovo possibile un tracciamento efficace; superare l'odioso controsenso di una malattia prevalentemente domiciliare che viene trattata prevalentemente in ospedale.



Materiali e metodi

I materiali sono rappresentati dai test rapidi in uso negli Stati Uniti o da dispositivi analoghi per l'autodiagnosi Covid. I test sono di facilissima esecuzione (assimilabile a quella di un test di gravidanza). Sono eseguibili su muco o



saliva. Dimostrano un'attendibilità diagnostica affidabile ciò che è stato reso possibile con le mascherine chirurgiche; il lancio di una massiccia campagna di sensibilizzazione e addestramento all'uso pratico dei test. Oltre all'acquisto a prezzi politici dei test, dovrebbe essere reso possibile, a condizioni equivalenti, anche quello di saturimetri (da utilizzare sotto il controllo delle USCA, vedi poi).



Aspetti pratici e USCA

L'uso sistematico dell'autodiagnosi a domicilio consentirebbe di limitare l'utilizzo dei tamponi ai soli pazienti che abbiano già eseguito autonomamente l'autotest, allo scopo di confermare la sua eventuale positività. È intuibile quanto l'esecuzione del test a domicilio semplificherebbe gli aspetti logistici relativi alla diagnosi precoce.

L'esecuzione di tamponi molecolari dovrebbe, a questo punto, essere eseguita dalle sole USCA, a domicilio di pazienti già risultati positivi al test autosomministrato. Lo screening iniziale consentirebbe alle USCA di eseguire un numero di tamponi enormemente inferiore a quelli attualmente eseguiti (almeno nella misura dell'80%), con risparmi in termini organizzativi ed economici sostanziali. Una volta confermata la diagnosi, le USCA – il cui numero potrebbe essere incrementato e la cui attrezzatura migliorata tramite l'utilizzo dei fondi ottenuti attraverso il risparmio suscitato – si incaricherebbero di prendere in carico e di seguire clinicamente, in concorso con i medici di famiglia, i pazienti asintomatici, quelli paucisintomatici e quelli con sintomi moderati e medi.

Nei casi dubbi, con sintomi persistenti e autotest negativo (possibili falsi negativi), le USCA, previa valutazione clinica in concorso con il curante, potranno decidere comunque di eseguire un tampone molecolare.

Un approccio innovativo alla lotta al Covid

CONTINUA DA PAG. 42



Conseguenze pratiche e vantaggi

In estrema sintesi i vantaggi sarebbero rappresentati da: contenimento dei costi con possibilità di reinvestire i fondi reperiti nella moltiplicazione e implementazione delle USCA (ne sono a tutt'oggi state attivate meno della metà di quelle previste) e nel miglioramento della medicina territoriale in genere; diagnosi precoce, trattamento più efficace e riduzione della letalità; ripristino di un tracciamento adeguato; possibilità di sperimentare sui grandi numeri terapie finora testate solo nei pazienti ricoverati e con diagnosi non precoce; decongestionamento dei reparti ospedalieri e delle terapie intensive, con ulteriore abbattimento dei costi e possibilità di liberare posti letto anche per altre patologie; praticabilità di una valutazione clinica in divenire, resa possibile dai medici delle USCA (in concorso con i medici di famiglia), le quali dovrebbero rendersi partecipi anche della diagnosi precoce di eventuali polmoniti interstiziali, utilizzando strumenti diagnostici portatili (ecografi). In sostanza, potrebbero essere raggiunti l'obiettivo primario e quelli secondari.



Aspetti economici

Uno dei punti principali di forza è che questo progetto non solo non presenta costi aggiuntivi ma comporta risparmi colossali. Fermo restando che uno degli aspetti irrinunciabili del progetto stesso è quello di reinvestire i risparmi maturati nel finanziamento della medicina territoriale e nella costituzione di un numero adeguato di USCA.



Punti critici

Va tenuto in considerazione il colossale interesse economico che porterà tutte le realtà private, oggi autorizzate a eseguire tamponi, a screditare gli autotest. Il pronunciamento della Fda americana sembra rappresentare una buona risposta a queste prevedibili obiezioni.



Un'ulteriore criticità è di natura squisitamente politico-comunicativa. Mettere sul piatto un piano del genere significa avere la possibilità di utilizzare canali comunicativi che non è facile immaginare facilmente disponibili. Un'ultima apparente difficoltà potrebbe essere considerata quella relativa al reperimento dei medici che dovrebbero far parte delle USCA. Si tratta di un falso problema.

Numerosi medici curanti di base, infatti, a condizione di essere opportunamente attrezzati e remunerati, probabilmente darebbero la loro disponibilità. Esiste, in ogni caso, un altro grande bacino rappresentato non solo da medici che ancora non hanno un rapporto di lavoro stabile ma anche dagli Specializzandi.

Questi ultimi sono già pagati dal SSN e potrebbero essere, previa disponibilità, arruolati, limitatamente a quelli che sono agli ultimi due anni del loro corso di specializzazione. Numerose sono le specializzazioni adatte allo scopo: medicina interna, geriatria, pneumologia, anestesia e rianimazione ecc. L'eventuale riconoscimento di un punteggio assegnato agli aderenti al progetto da utilizzare in concorsi e graduatorie (medicina generale) rappresenterebbe un ulteriore incentivo, oltre a quello economico che potrebbe esser loro riconosciuto a integrazione di quanto già ricevuto come compenso base.



La prospettiva

La prospettiva che l'attuazione di questo piano aprirebbe è quella della ri-valutazione e del rilancio della Medicina del territorio e della valorizzazione-ridefinizione del ruolo imprescindibile dei medici di medicina generale, anche oltre la pandemia.

Roberto Gramiccia

(Specialista in Medicina Interna e Geriatria, già Direttore sanitario di Struttura complessa territoriale)