

Oggetto: Ordine del giorno COVID 19 e salute pubblica.

PREMESSO CHE

- La pandemia da COVID 19 è una emergenza sanitaria le cui ricadute sociali ed economiche nel prossimo futuro condizioneranno le nostre vite e quelle delle generazioni future.
- Le misure restrittive di contenimento e di mitigazione dei contagi da COVID19, quali il distanziamento sociale, rappresentano uno strumento fondamentale in una situazione di emergenza sanitaria, ma lo sforzo potrebbe non essere sufficiente a garantire l'efficacia dell'azione volta a ridurre la trasmissione virale.
- I dati in possesso sembrano dimostrare che la diffusione del virus e la frequenza del contagio siano nettamente più rilevanti a livello ospedaliero, nelle RSA e in ambito familiare.
- Il distanziamento sociale è difficilmente inoltre applicabile in ambito familiare e soprattutto in caso di paziente pauci o asintomatico e la diffusione viene facilitata anche per il lungo tempo di potenziale esposizione al virus, che secondo molti studi è superiore ai 15 giorni prospettati inizialmente.

VISTO CHE

- A livello socio-sanitario, a fronte di una risposta importante a livello ospedaliero, soprattutto grazie al potenziamento degli interventi in ambito di terapia intensiva e semi intensiva coniugata allo sforzo e al sacrificio del personale sanitario, risulta evidente, fin dall'inizio, l'assenza di strategie e percorsi relativi alla gestione socio-sanitaria sul territorio.
- Il depotenziamento avvenuto in questi anni dei numerosi presidi territoriali regionali e il robusto taglio (depauperamento) di figure professionali nella medicina di territorio può aver contribuito alla scarsa efficacia della risposta emergenziale.

CONSIDERATO CHE

- La traduzione di tali difficoltà e di carenze in ambito di medicina di territorio si può esprimere:

- Nella mancata distribuzione di presidi medici quali i DPI da parte delle autorità competenti ai Medici di base (MB) e ai pediatri di libera scelta, agli operatori sanitari ed altri medici del territorio, quali quelli delle RSA, senza tralasciare che tale carenza ha coinvolto anche gli OS non medici. L'assenza di Dispositivi di protezione ha condizionato il decesso di alcuni medici e patologie COVID 19-correlate a numerosi loro colleghi, determinando una probabile diffusione inconsapevole e involontaria del virus, soprattutto nelle prime fasi.
- Nei tardivi e inefficaci interventi delle attività di igiene pubblica quali mappatura e isolamento dei contatti e tamponi sul territorio a malati, privilegiando i pazienti ospedalieri diversamente da come accade in altre regioni italiane; mancata esecuzione di tamponi ai medici e operatori sanitari non medici del territorio che ha di fatto aggravato il rischio di diffusione; nel tardivo e scarso utilizzo di hub intermedi (come l'Hotel Michelangelo a Milano) al fine di garantire la quarantena di soggetti positivi o a rischio (personale sanitario)
- Nelle insufficienti Unità mobili di pronto intervento (USCA) se paragonate ad altre realtà italiane ed Europee, non sempre integrate alla piattaforma dei Medici di Base e depotenziate nella loro funzione di valutazione diagnostica e terapeutica, poiché non abilitate all'uso dei tamponi ed altri strumenti diagnostici e terapeutici. Anche l'appello sottoscritto da numerosi sindaci lombardi di diversi colori politici testimonia la necessità di tale potenziamento previsto fin dal 9 marzo (65 USCA rispetto alle attuali 8).
- Nella strategia della tamponatura prevalente in ambito ospedaliero non supportata da analogo percorso a livello domiciliare e soprattutto a livello di RSA dove tale supporto diagnostico è stato individuato come fondamentale presidio solo da aprile, anche dopo sollecitazione di circolare ministeriale.

SI OSSERVA CHE

La delibera Regionale (XI/2906 8/3/2020) che sollecitava le Aziende territoriali della Sanità ad individuare nelle RSA moduli autonomi per assistere pazienti COVID 19 post acuti è stata ampiamente contestata da associazioni di categoria, dai sindacati e dalle famiglie degli ospiti delle strutture. Tale decisione infatti potrebbe aver favorito la diffusione del virus in contesti di maggior rischio di morbilità e mortalità come ci indicano dati epidemiologici e statistici acclarati. Inoltre la scelta di non avviare per tutto il mese di marzo il programma di diagnostica tramite tampone orofaringeo per pazienti nelle RSA (a fronte degli interventi e dei protocolli di tamponamento instaurati in molte Regioni italiane che hanno previsto tale ausilio diagnostico anche nei ricoveri per anziani). Non solo, alla mancanza di tamponi si è aggiunta l'incapacità di prevedere severe misure generali di contenimento del virus per tutti gli ospiti della Rsa come avrebbe richiesto la comprovata e statisticamente diffusa presenza di soggetti positivi ma asintomatici. Se a tutto questo aggiungiamo una diagnostica carente e l'incapacità di garantire ancora oggi la distribuzione di dispositivi di protezione individuale al personale sanitario, a quello ausiliario e ai degenti arriviamo

a comprendere quanto sono rimaste esposte al virus le RSA lombarde, come ci indicano i dati drammatici sulle morti al loro interno di queste settimane.

Anche in altre strutture con fragilità complesse come le RSD la diagnostica e l'osservazione clinica purtroppo è stata insufficiente in relazione alla possibile esposizione degli ospiti.

SI OSSERVA INOLTRE CHE

L'errata impostazione dei dati statistici in termini di mortalità/letalità, di numero accessi sintomatici e paucisintomatici al sistema di analisi, l'alterata valutazione di dimessi/guariti, il calcolo degli effettivi deceduti da COVID, il numero degli infetti e il numero dei tamponi effettivamente eseguiti ai pazienti, il rapporto tamponi ospedalieri/domiciliari e soprattutto l'alto numero di asintomatici e paucisintomatici potenzialmente contagiosi pone seri interrogativi sull'uso congruo di tutti questi dati al fine di contenere, prevedere e superare l'epidemia.

TUTTO CIO' PREMESSO

IL CONSIGLIO COMUNALE DI MILANO INVITA IL SINDACO E LA GIUNTA

a stimolare Regione Lombardia e ATS Milano – Città Metropolitana a porre in essere tutte le azioni necessarie a conseguire i seguenti obiettivi:

- **Potenziamento del numero di USCA** e delle loro funzioni dotandole della possibilità di effettuare i tamponi, integrando in maniera più efficace il lavoro con MB e PLS, implementando la capacità del portale dedicato al COVID;
- Sottoporre a **test rapido immunologico**, una volta validato, e/o a test sierologico su sangue periferico **tutti gli operatori sanitari lombardi**, integrando con tampone diagnostico in caso di positività e riscontro di presenza di IgG e/o IgM. Tali test andranno ripetuti con periodicità ai soggetti risultati negativi.
- **Estensione di tali test sierologici anche alle attività non sanitarie** al fine di discriminare i soggetti che non hanno avuto contatto con il virus e quelli il cui contatto risulta pregresso o recente. La presenza delle immunoglobuline G o M motiverà l'esecuzione del test con tampone diagnostico o comunque di osservazione clinica e/o isolamento da parte delle autorità sanitarie competenti. L'annuncio dell'avvio da parte di Regione Lombardia dei cosiddetti test sierologici rapidi dal 21 aprile solo in alcune province con esclusione di quella di Milano senza alcuna spiegazione scientifica o epidemiologica che giustifica tale esclusione e l'ulteriore annuncio fatto in data 15/04 sulla fase di ripartenza dove tra l'altro si conferma che l'analisi diagnostica sia di competenza specifica del Policlinico San Matteo di Pavia lascia profondamente perplessi. La stima sui kit processati e potenzialmente eseguibili al giorno (20.000) accompagnata alla totale mancanza di un piano sanitario che possa garantire distribuzione, esecuzione, e individuazione delle categorie sociali e lavorative da privilegiare,

rendono impossibile ad oggi ipotizzare che numero adeguato di cittadini milanesi possa a breve essere coinvolto in questa fase diagnostica.

- Sollecitare la Regione Lombardia all'uso dello spazio ospedaliero recuperato nella Fiera di Milano a scopo di isolare i pazienti dimessi pauci o asintomatici in attesa di tampone e/o pazienti in regime domiciliare a bassa complessità. Tale spazio pensato per la terapia intensiva e sub-intensiva, anche grazie alla netta diminuzione di tali attività in regime ospedaliero, potrebbe non svolgere tale funzione vicariante ma integrarsi in un modello sanitario di hub intermedio simile a quello approntato in altre città europee come Madrid.
- Sollecitare ATS a implementare in modo significativo l'utilizzo di strutture per la quarantena a carattere sanitario e socio-assistenziale sul modello dell'Hotel Michelangelo a Milano, considerando l'importanza di questo tipo di strutture per il contenimento mirato del virus nel medio periodo e valorizzando l'accertata disponibilità ad oggi nella sola città di Milano di altre 15 strutture alberghiere

INVITA INOLTRE IL SINDACO

come Autorità sanitaria della Città, a rendersi promotore verso Regione Lombardia e Ats Milano di un progetto di **nuova assistenza sanitaria territoriale** alla luce della fase emergenziale precedente e nella prospettiva di una fase endemica di convivenza con il virus che si prospetta non breve;

a coinvolgere sin da subito Regione Lombardia e ATS Milano, nella progettazione di una **struttura** di coordinamento che avrà come compito quello pianificare e monitorare: la **campagna di screening immunologico** indicata dalle autorità sanitarie e il **supporto logistico e di materiali sanitari e DPI necessari ai MB PLS GM e Medici delle RSA.**

Tale struttura potrebbe inoltre assicurare la raccolta, disponibilità e sicurezza dei dati sensibili, ed effettuare azioni ed interventi di **monitoraggio epidemiologico** attraverso un sistema informativo dedicato ed un database integrati con l'anagrafe cittadina e il sistema informativo sanitario regionale.

I Consiglieri comunali

Marco Fumagalli

Filippo Barberis

Anita Pirovano