

5. Casa della comunità non solo un luogo fisico ma un modo per promuovere la salute

Franco Riboldi, Franco Prandi

Follia è fare sempre la stessa cosa e aspettarsi risultati diversi

Einstein

Una premessa

L'emergenza pandemica ha aperto orizzonti possibili di cambiamento nel momento in cui ha dato evidenza alle criticità di un sistema di protezione sociale e sanitaria con molti limiti: le cause sono molteplici di tipo strutturale/organizzativo, di scelte politiche, di vincoli finanziari derivanti da una economia globalizzata, di tipo culturale e socio - demografico. Sono spazi possibili di innovazione ma non certo scontati. Cercando di immaginare il futuro, ponendoci magari la domanda cruciale: "quale mondo vogliamo lasciare ai nostri figli e ai nostri nipoti?"

Per trovare risposte adeguate occorrono nuovi paradigmi e una visione che ponga al centro di ogni riflessione e decisione le persone, tutte le persone nel loro progetto di vita e di relazione. Il rischio di accantonare il tema per le nuove emergenze economiche e sociali è sempre presente; lo si accantona pensando che la questione sia risolta con più soldi - necessari ma non sufficienti - al Servizio Sanitario Nazionale.

Quale progetto di salute si vuole perseguire? E lo si vuole perseguire con i cittadini, le persone che ne sono protagoniste o si intende riproporre approcci mercantili, settoriali e autoreferenziali?

È indispensabile fare scelte di campo fin d'ora per non trovarci "spiazzati". Lo dobbiamo fare alzando lo sguardo da contesti limitati - regionali e nazionali - per riscoprire la dimensione europea e mondiale nella quale siamo profondamente immersi, dalla quale possiamo attingere chiavi di analisi, esperienze e confronti e con la

quale potremmo costruire ipotesi di nuovi e più adeguati sistemi di welfare, nell'ottica di una ecologia globale (1).

È l'oggetto di questo contributo (che scaturisce dalle idee della Associazione "Prima la Comunità" www.primalacomunita.it) nel quale facciamo una scelta di campo sul versante della salute, del suo significato e di conseguenza delineiamo una possibile forma organizzativa per accompagnarne il cammino di realizzazione. Senza proporre modelli ma più semplicemente un approccio coerente con la complessità sociale e le conseguenti necessarie scelte verso nuove forme di auto-organizzazione in grado di ricostruire il vero ruolo delle Istituzioni che nel tempo hanno perduto la funzione di strumento per la comunità per diventare esse stesse fine, ignorando il bisogno di advocacy e di legittimazione sociale.

“Riscoprire” la salute come progetto sociale globale

Nella Dichiarazione di Shanghai (2016) l'OMS ribadisce che *la salute si sviluppa nei contesti della vita quotidiana - nei quartieri e nelle comunità in cui le persone vivono, lavorano, amano, fanno acquisti e si divertono. La salute è uno dei più efficaci e potenti indicatori dello sviluppo sostenibile e di successo di ogni città (e comunità) e contribuisce a rendere le città (e le comunità) inclusive, sicure e resilienti per l'intera popolazione.* La salute, cioè, non è una questione individuale ma una “costruzione sociale”, un bene da perseguire socialmente, l'esito di un preciso disegno di governance della polis.

La salute nella sua accezione di benessere globale del singolo e della comunità, diventa un bene comune (2), primario, fondamentale e irrinunciabile, non una merce da acquistare in qualche supermercato specializzato, ma qualcosa che è parte della comunità, la ragione stessa dell'essere comunità (3). Il Welfare (con il suo insieme di strumenti di garanzia democratica) è la risposta compiuta e dinamica a questa esigenza. Salute e Welfare si sostengono a vicenda, la salute come tensione globale al benessere e Welfare come insieme degli strumenti e delle opzioni sociali che lo rendono possibile. Risulta evidente come salute e welfare per reggere hanno bisogno di una forte identità comunitaria, identità che la visione economicistica e mercantile ha profondamente minato.

Valori base come uguaglianza, reciprocità, solidarietà, equità e dignità della persona rischiano di diventare (o forse lo sono già) enunciazioni prive di sostanza e di concretezza se è vero che le disuguaglianze sono aumentate in questi anni in Italia ed in Europa e si sono create le condizioni per escludere gli ultimi, coloro che a diverso titolo (povertà economica, di età, di istruzione, di lavoro, di contesto abitativo o provenienza geografica) non trovano nel sistema di welfare garanzie né di dignità né di equità.

Un nuovo patto sociale

C'è bisogno di una diversa visione dei problemi e delle relative soluzioni. Una visione che ha alla sua base la persona e la sua dignità. La persona è! (4). Ed è in quanto in relazione, è il suo intreccio di relazioni che ne definisce la sostanza e apre opportunità e sogni, improvvisi e sempre legittimi quando attengono al riconoscimento della dignità e dell'appartenenza. Una risposta è lo sviluppo di un sistema interconnesso di interventi, partecipati, finalizzati alla salute che diventa il tracciante fondamentale delle scelte di governance della comunità. Considerare cioè il sistema di welfare come l'investimento fondante le opportunità di salute/benessere della comunità. Studi internazionali accreditati ci danno una stima dell'impatto di alcuni fattori sulla salute/benessere delle persone e delle comunità, individuando come le dimensioni socio-economiche e gli stili di vita, contribuiscano per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%. Riprendendo Magatti Mauro nel "Cambio di Paradigma (Feltrinelli 2018)" "Più che un insieme di prestazioni individualizzate - che rientrano, cioè, nella logica del modello di consumo - il welfare va dunque concepito di nuovo in rapporto a un progetto di società, a un modo di stare in relazione, di vivere la propria individualità all'interno di una comunità di appartenenza. Dalla qualità di questo rapporto, reciproco e sostenibile, dipende una buona parte del nostro futuro". Salute come visione e welfare come strumento sistematico per costruire e sviluppare una comunità, sana, giusta, consapevole, istruita, intelligente, verde, ricca e con disuguaglianze ridotte.

La Casa della Comunità

La Casa della Comunità può rappresentare una opzione per ridurre la frammentazione sociale, la distanza istituzionale e riconsegnare ai cittadini le chiavi per la loro salute come progetto di comunità. Perché la comunità non è tanto qualcosa di statico che si esaurisce dentro logiche di territorio, di confini geografici, ma è essenzialmente il “noi” vissuto dinamicamente e creativamente dalle persone nella loro quotidianità. La casa della comunità diventa il luogo, sociale, organizzativo e simbolico di tale esperienza di vita. Lo ha colto anche il PNRR anche se ci pare una proposta che non connette, piuttosto ripropone alcune ambiguità e rischi dell’attuale organizzazione sanitaria senza inserirla nel contesto di vita delle persone (5).

Proposta del PNRR	Proposta dell’Associazione “Prima la Comunità”
<i>“La Casa della Comunità è” una struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare di MMG e PDLS, Medici specialisti, infermieri ci comunità e potrà ospitare anche assistenti sociali...” (quell’anche ci dice che seppure tutti siamo d’accordo da diversi anni sulla integrazione socio-sanitaria non abbiamo tanta voglia di realizzarla come non l’abbiamo realizzata fino ad ora: anche qui non c’è niente di nuovo però dovrebbe essere il momento di provarci per davvero)</i>	<i>“Aspiriamo a una Casa della Comunità che, superando il concetto di servizio e prestazione sanitaria, diventi luogo dove far convogliare le diverse risorse dei territori, far emergere e dare voce a quella ricchezza socialmente rilevante che è fatta di valori, storie, esperienze, risorse la cui scoperta e connessione auto organizzata ci permettono di guardare la realtà con occhi nuovi e immaginare che un altro modo di concepire il welfare sia possibile. La Casa della Comunità è dunque pensata per raccogliere la sfida di rappresentare il punto d’incontro tra soggetti, istituzioni e istanze sociali per il benessere comunitario”. (...In essa si realizza la prevenzione per tutto l’arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del ben-essere sociale” dal Sito Ministero della Salute, anno 2007 per le allora Case della Salute)</i>

La CDC è sicuramente il luogo della accoglienza dove anche gli spazi fisici devono essere progettati come tali (non dell’accesso che sa di burocratico, anche le parole contano); è il luogo dove in modo interdisciplinare e intersettoriale ci si prende cura (prendere in carico dà il senso del peso) delle persone nella loro unicità ed unitarietà; quindi occorrono saperi specialistici ma non solo, occorre la tecnologia (specialmente le nuove modalità di telemedicina ad esempio)

ma occorrono soprattutto relazioni. È un luogo abitato, riconosciuto e percepito come proprio dalle persone che vivono la comunità; non è quindi uno spazio da consumare, da attraversare in una logica di consumo. Perché la salute non è una merce ma una condizione consapevole, partecipata e co-costruita quotidianamente da ciascuno. Quindi, quasi per definizione, vive le situazioni diversificate di ogni convivenza sociale.

Non è indispensabile quindi che sia tutto dentro quella struttura fisica (dovrebbe avere dimensioni gigantesche) ma deve essere il luogo, oltre che della prima accoglienza, della regia delle diverse forme attraverso le quali la salute viene garantita indipendentemente dal livello di autonomia delle persone. Per fare un esempio è anche il luogo della regia di tutte le politiche e gli interventi per la non autosufficienza, perché i temi del superamento delle strutture totalizzanti cui abbiamo delegato l'assistenza e quello di una loro riconversione verso modalità più tipiche della domiciliarità e del recupero del contesto di vita originario, si possono affrontare solo nel contesto comunitario, con una assunzione di responsabilità da parte della comunità stessa. Quindi una regia unica alla quale rispondono i gestori in una logica di domiciliarità allargata e protetta. Più in generale si deve poter affermare che i luoghi dell'educazione e della formazione, i luoghi del lavoro, della cultura, del tempo libero e della convivialità sono essi stessi luoghi della salute, parte simbolica e non solo del progetto di Casa della Comunità.

Andando per definizioni quindi, la Casa della Comunità:

- Non è un poliambulatorio, ma una infrastruttura sociale di rete in grado di rappresentarne sintesi e visione.
- Richiede una volta per tutte che sia definito il ruolo centrale di protagonismo degli enti locali su cui poggia la governance della comunità nelle sue diverse espressioni.
- Considera il ruolo del terzo settore non profit e del volontariato organizzato come co-progettatore e coprotagonista della CDC (vedi sentenza Suprema Corte 131/2020).
- Richiede la centralità del Distretto sociale e sanitario come struttura forte di governo dove dirigenza aziendale della sanità e sin-

daci condividono sia la programmazione - partendo da profili di comunità adeguati dove risorse e bisogni sono chiaramente esplicitati e documentati - sia la allocazione di tutte le risorse sanitarie e sociali alla CDC, definendone gli obiettivi attesi ed effettuandone la valutazione.

- Il metodo di lavoro è quello d'equipe, della interdisciplinarietà, della connessione di più saperi, non solamente quelli specialistici: occorrono anche figure che sappiano accogliere, informare, orientare, accompagnare, fare consulenza sulla rete dei servizi e sulle opportunità disponibili.
- La CDC va verso le persone, cerca chi non arriva, non è arroccata negli uffici e negli ambulatori, è garante attiva di una alleanza strategica con tutte le istituzioni sociali, formali e non, contribuendo a valorizzarne il contributo per la salute.

Una carta di identità possibile di una Casa della Comunità recupera questi elementi e ne ridefinisce visione e strategie legandole ai diversi contesti di riferimento. Anche le dimensioni sono da definire attraverso questo rapporto con il contesto di vita. Le dimensioni previste dal PNRR prendiamole quindi con la necessaria ragionevolezza: devono essere dei parametri di riferimento da adeguare ai singoli territori, vale a dire che non possiamo usare gli stessi numeri per un'area urbanizzata e un territorio di montagna. Non un modello astratto ma qualcosa che risponda a valori concreti e ponga attenzione al suo essere parte/protagonista non neutrale di un progetto sociale generale.

1) Non è una struttura “neutrale” ma schierata e artefice protagonista del disegno di comunità

Cosa è/deve essere una Casa della Comunità	Cosa non è /non deve essere una casa della Comunità
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Luogo di una nuova identità comunitaria</i> - <i>Luogo dei diritti di cittadinanza</i> - <i>Luogo della partecipazione e della consapevolezza dei doveri</i> - <i>Luogo della integrazione delle risorse (un progetto di sistema)</i> - <i>Luogo dell'accoglienza e del riconoscimento di cittadinanza e dell'aver cura</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Un luogo dove si erogano solo prestazioni</i> - <i>Un luogo esclusivo della sanità</i> - <i>Un luogo della delega per la soluzione dei problemi individuali</i> - <i>Il luogo degli “specialismi” e della tecnologia</i> - <i>Il luogo dell'esercizio del potere</i>

2) Con una precisa Carta di identità, dove valori/obiettivi sono la base per una reale advocacy sociale

VALORI/OBIETTIVI	AZIONE
Andare verso	Far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza
Cercare chi non arriva	Porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano fisicamente le persone ad alto rischio di vulnerabilità
Sviluppare una visione condivisa di salute	Promuovere la realizzazione di interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività (progettuali) con la comunità e le sue Istituzioni formali e informali
Rendere operativa la sostenibilità tecnica, sociale ed economica	Realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate a livello di ciascuna Casa della Salute
Favorire il protagonismo della persona	Sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale nella relazione che ha cura
Favorire il protagonismo della comunità	Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati

Contenitore e contenuto

All'interno della Casa della Comunità possiamo immaginare (dico immaginare perché stiamo costruendo qualcosa di nuovo che richiederà aggiustamenti; tra l'altro si sarebbero potuti già sperimentare se avessimo dato applicazione al comma 4 bis, art.1 della legge 77/2020 dove ciò era previsto ed è rimasto ad ora lettera morta compresi i finanziamenti ivi stanziati):

- Un gruppo di MMG e PLS (protagonisti fondamentali della CDC ma per i quali è arrivato il momento di rivedere in maniera sostanziale il loro rapporto con il SSN)
- Le cure primarie con il rilancio dei consultori
- Medici specialisti
- I servizi di prevenzione e promozione della salute
- I servizi sociali
- Il servizio infermieristico di comunità
- Nuove figure come gli agenti di comunità o facilitatori di comunità
- Il volontariato

È il luogo dove, interpretando il quadro dei bisogni, la comunità insieme ai tecnici definisce il proprio progetto di salute per realizzare il quale si utilizzano e si portano ad unitarietà tutte le risorse formali provenienti dalle istituzioni e quelle informali che stanno dentro la comunità stessa, costruendo così un budget di comunità che supera la burocratica suddivisione per fondi. L'utilizzo poi del budget di salute per costruire progetti individuali/familiari diventa lo strumento operativo più efficace per personalizzare gli interventi. Solo se si fa questo passaggio si creano le condizioni per realizzare concretamente l'alleanza e l'integrazione operativa tra il sociale globalmente inteso e il sanitario.

In ordine alla governance

Detto più sopra del Distretto di cui la CDC è una articolazione, essa potrebbe essere utilmente governata a diversi livelli:

- I LIVELLO: Comitato di Coordinamento di 5 membri
 - 1 responsabile della Casa della Comunità, scelto tramite accordo tra Direttore di Distretto e Sindaco
 - 1 rappresentante delle professioni sanitarie
 - 1 rappresentante delle professioni sociali
 - 1 rappresentante delle istituzioni cooperanti
 - 1 rappresentante delle reti sociali
- II LIVELLO Contenitori tecnico-professionali
- III LIVELLO Assemblea delle istituzioni e dei servizi pubblici locali (esercizio del welfare di comunità)
- IV LIVELLO Assemblea dei cittadini

Concludendo

Si tratta certo di un disegno da costruire con i protagonisti, i cittadini e i professionisti. La complessità non permette modelli a tavolino o scelte tecno-burocratiche ma piuttosto processi partecipativi basati sulla formazione sia dei professionisti che dei cittadini; i professionisti per riattivare competenze come il lavoro di squadra, la capacità di convivere con la complessità, ascoltare e decidere responsabilmente e i secondi per riappropriarsi del proprio progetto di salute contribuendo in modo consapevole e responsabilmente critico alle scelte

sia individuali che collettive. E sviluppando una adeguata valutazione dei processi e dei risultati. La valutazione deve essere una regola fondamentale e responsabilità sociale oltre che professionale, garantita attraverso indicatori che misurino non solo i classici risultati dell'erogazione di servizi sanitari, sociali, educativi, ecc. (minor ricorso al PS, riduzione dei ricoveri, attesa anni di vita, promossi o bocciati, persone che hanno chiesto assistenza ecc.) ma anche indicatori che misurino risultati in ordine al miglioramento della coesione sociale, all'aumentato senso di solidarietà, alla sicurezza dei cittadini ... alla salute appunto e non solo al consumo di servizi e prestazioni (6).

Bibliografia

1. Per una riflessione sui temi della salute come scelta di campo c'è una vasta letteratura. Per noi utile: Michel Marmott, *La salute diseguale* - Pensiero scientifico 2016; Ilaria Capua, *La salute circolare* - Egea 2020; Papa Francesco, *Laudato sì* 2015; i siti della "OneHealth" e, in specifico ci piace ricordare un contributo di E.Ziglio e F.Lirussi, "OneHealth un approccio e un metodo non più rinviabili" (da Scienzainrete.it)
2. "... L'accento non è più posto sul soggetto proprietario, ma sulla funzione che un bene deve svolgere nella società. ... I beni comuni sono a titolarità diffusa, appartengono a tutti e a nessuno, nel senso che tutti devono poter accedere ad essi e nessuno può vantare pretese esclusive". (Stefano Rodotà)
3. Z.Bauman, *Voglia di comunità* Laterza 2004
4. James Hillman, *Il codice dell'anima* Adelphi 2000
5. S.Landra, F.Prandi, M.Ravazzini, *La salute cerca casa* - Derive&Approdi 2019
6. M.Campedelli, V.Lepore, G.Tognoni, *Epidemiologia di cittadinanza* - Pensiero scientifico 2010

6. Il ruolo dei medici nella gestione della sanità a livello locale

Filippo Anelli, Michele Bozzi

Premesse

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (OMCeO) è un ente pubblico non economico, agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale.

In tal senso, l'OMCeO di Bari ha avviato una stretta collaborazione con gli Enti Locali e i Comuni della Provincia di Bari attraverso la sottoscrizione di un protocollo d'intesa per la definizione degli ambiti e delle modalità di interazione.

I Medici Fiduciari nella provincia di Bari: la storia e le prospettive

Già da tempo in seno al Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Bari si è sviluppata una riflessione sul nuovo ruolo che i medici Fiduciari dell'Ordine di Bari, presenti in ogni Comune, avrebbero dovuto assumere per meglio tutelare gli interessi pubblici connessi all'esercizio della professione medica. L'iniziativa era tesa a superare una visione romantica del medico fiduciario, sino ad allora considerato solo il rappresentante nel Comune dei medici residenti per gli aspetti legati al rapporto tra colleghi, per affidargli un ruolo diverso e più incisivo e interpretare in maniera più ampia i compiti che la legge affida all'OMCeO correlandosi ai bisogni di salute della intera comunità di riferimento. Un nuovo ruolo capace di essere non solo intermediario ma anche interprete delle esigenze di salute dei cittadini, in quanto comunità, nei confronti delle amministrazioni comunali dando piena attuazione anche all'art. 5 del codice deontologico sul tema salute-ambiente.

Buona parte dei medici fiduciari svolge le funzioni di medico di famiglia o pediatra di libera scelta. Una circostanza questa che fa-

cilita il compito assegnato in quanto l'attività professionale è svolta proprio nel contesto socio-economico, organizzativo, culturale della propria comunità, mettendo il medico fiduciario nelle condizioni migliori di interpretare i bisogni di salute della propria realtà locale e di interloquire efficacemente con le amministrazioni locali. Non solo, ma la rete dei medici fiduciari e degli amministratori che hanno sottoscritto il protocollo di intesa consente un continuo scambio di informazioni e di opinioni che migliorano e orientano le scelte politico-amministrative delle amministrazioni comunali.

Tale esperienza mostra come una rete di medici sul territorio, in stretta collaborazione con gli enti locali, possa essere efficace e utile anche per gli aspetti di tutela ambientale, validando in qualche maniera il progetto teso a istituire una Rete di Medici Sentinella per l'ambiente, cioè un sistema di sorveglianza in grado di monitorare il quadro epidemiologico sul territorio, interagendo in maniera attiva e continua con le istituzioni all'uopo deputate.

Il regolamento dei Medici Fiduciari

Il Regolamento sui Fiduciari dell'OMCeO di Bari, unico nel suo genere, prevede la presenza di un Medico Fiduciario in ognuno dei 41 Comuni dell'Area Metropolitana, affidandogli, tra gli altri, il compito di collaborare con i rispettivi Sindaci per le attività di promozione della salute, di tutela del benessere dei cittadini e di prevenzione primaria e secondaria di eventi e condizioni ambientali che possono costituire un rischio, anche potenziale, per la popolazione. I medici interessati, per la loro preparazione, per la loro conoscenza del territorio, per il loro rapporto di fiducia con gli assistiti sono gli artefici di una nuova visione della professione medica che guarda alla salute non solo come bene del singolo cittadino, ma dell'intera comunità, più vicina al territorio ed alle sue necessità.

Il rapporto tra l'OMCeO, attraverso i suoi medici fiduciari, e i Comuni è regolato da un Protocollo d'Intesa sottoscritto dal Presidente dell'Ordine di Bari e da ogni singolo Sindaco che disciplina la collaborazione, lo scambio costante e reciproco di informazioni per garantire un migliore coordinamento delle attività in materia di politiche ambientali e di tutela del diritto alla salute, con particolare

attenzione alla prevenzione di condizioni di contagio, di comportamenti che possono determinare disturbi e stati patologici (abusi, inquinamento, alimentazione).

La Formazione dei Medici Fiduciari alla base del modello organizzativo della rete dei Medici Fiduciari

Un'attività fondamentale per rendere efficace l'azione dei fiduciari, soprattutto nei rapporti con le amministrazioni locali ed i Sindaci, è la formazione.



L'OMCeO di Bari con il suo coordinatore dei Fiduciari ha avviato un percorso formativo, in collaborazione con altre associazioni operanti nel settore ambientale (ISDE, Rete Nazionale Citta Sane) al fine di consentire ai medici e agli amministratori locali di poter acquisire conoscenze e competenze sui temi di comune interesse. L'emergenza COVID-19, ha permesso di sperimentare l'efficacia di questo modello organizzativo basato sull'azione dei medici fiduciari e sul rapporto con le amministrazioni locali.

L'emergenza COVID-19 e la rete dei Medici Fiduciari

Con la dichiarazione di emergenza pandemica, il coordinamento delle componenti del Servizio Nazionale della Protezione Civile, avviene, ai vari livelli territoriali e funzionali, attraverso il cosiddetto 'metodo Augustus', che permette ai rappresentanti di ogni 'funzione operativa' (sanità, volontariato, telecomunicazioni, ...) di interagire direttamente tra loro ai diversi 'tavoli decisionali' e nelle sale operative dei vari livelli come il Centro Coordinamento dei Soccorsi (CCS), il Centro Operativo Comunale (COC) ed il Centro Operativo Misto (COM), avviando così in tempo reale processi decisionali collaborativi.

In questo contesto emergenziale, Il Sindaco, primo responsabile sanitario del comune, per assicurare, nell'ambito del proprio territorio comunale, la direzione ed il coordinamento dei servizi di soccorso e di assistenza alla popolazione, procede alla attivazione del Centro Operativo Comunale (COC) ed individua i responsabili di ogni funzione (tecnica, sanità, assistenza alla popolazione, materiali, servizi, ecc).

Novità assoluta, prevista proprio nel Protocollo d'Intesa, è stata l'inserimento nei COC del Fiduciario Comunale, a cui i sindaci hanno attribuito il compito di supportarli nelle decisioni di natura sanitaria e di rappresentare la rete dei MMG e PLS del proprio comune.

In considerazione delle notevoli differenze tra i vari territori, le proposte sempre condivise in rete tra i fiduciari ed effettivamente attuate, sono state numerose:

1. servizio di ascolto e orientamento per i cittadini al fine di dare informazioni varie relativamente alla pandemia (informazione e chiarimenti sui provvedimenti emanati dalle autorità competenti e sulla gestione delle eventuali situazioni di emergenza)
2. supporto psicologico alle persone più fragili
3. distribuzione dispositivi di protezione individuali a persone a rischio
4. distribuzione di termometri e saturimetri a pazienti in isolamento
5. modalità di prescrizione dei farmaci (limitando afflusso agli studi)
6. consegna farmaci al domicilio (in particolare rivolto alle persone anziane, con disabilità o comunque in isolamento)
7. creazione canale di comunicazione su stampa locale e social media
8. collaborazione con l'assessorato all'ambiente del proprio comune per la raccolta e smaltimento dei rifiuti nelle abitazioni di pazienti covid positivi o in isolamento