



**Le OO.SS.**

**FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale**

**e**

**SUNAS - Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali**

**condividono quanto elaborato nel documento sotto riportato**

#### **Premessa**

Esistono molteplici motivazioni, che hanno reso non più eludibile la riorganizzazione delle modalità di lavoro della Medicina Generale e complessivamente della organizzazione dell'Area delle Cure Primarie, di cui la medicina generale è il fulcro e che rendono altrettanto ineludibile la necessità di riorganizzare anche l'area sociale e di integrare stabilmente le due Aree.

La Medicina Generale e l'Area delle Cure Primarie, in un'ottica di appropriatezza di allocazione delle risorse, è chiamata a garantire complessivamente le cure di primo livello ai cittadini e pertanto deve poter dare risposte concrete ed esaurienti ad una domanda primaria e basale di salute, che è caratterizzata da prestazioni qualitativamente di intensità e complessità medio bassa ma quantitativamente molto numerose e che finora è stata in gran parte dirottata sull'Ospedale. Contemporaneamente le prestazioni erogate dalla medicina generale nel suo complesso devono essere fruibili dai cittadini in modo continuativo h24 sette giorni su sette e dovranno essere erogate in strutture territoriali "visibili" ai cittadini stessi, anche per poter costituire una valida alternativa al ricorso al Pronto Soccorso per le situazioni che sarebbe comunque inappropriato affluissero ai P.S

Per questo però la Medicina Generale ha bisogno di lavorare funzionalmente in squadra, di poter disporre di studi medici adeguati a questo lavoro, di poter utilizzare una diagnostica di primo livello, di una dotazione di personale di studio adeguatamente formato e presente per un considerevole numero di ore settimanali e di una adeguata infrastruttura informatico-telematica.

Le stesse motivazioni che rendono non più eludibile la riorganizzazione delle modalità di lavoro della Medicina Generale e complessivamente la revisione organizzativa dell'Area delle Cure Primarie, riguardano anche l'ambito socio-sanitario e più squisitamente sociale pena la scomparsa del modello di Welfare ma anche di vita sociale cui finora siamo abituati e facciamo riferimento.

La popolazione invecchia e mentre aumentano le patologie croniche, si modifica il modello sociale per cui aumentano le persone "single", aumenta la non autosufficienza e la fragilità con aumento della necessità di trovare figure che "si prendano cura di" a domicilio del cittadino, mentre di contro diminuiscono le risorse che complessivamente possono essere allocate sul settore sanitario e su quello sociale.

Questo fenomeno richiede quindi di sviluppare la "domiciliarità" (ADI, ADP) e la rete delle Cure Intermedie (Ospedale di Comunità, RSA, RA ecc) ed interventi di sostegno sociale come strumenti per dare adeguata risposta ai bisogni sociosanitari dei cittadini.

La vera sfida per il futuro e la sostenibilità del sistema sanitario è costituita dalla gestione della cronicità, della fragilità della perdita di autonomia, del disagio sociale e dai relativi costi.

Il fenomeno finora non è stato governato ed il sistema nel suo complesso si è limitato a dare risposte autoreferenziali e non coordinate da parte delle singole figure professionali, in un'ottica di medicina di attesa per le risposte sanitarie, e di interventi "puntuali" sul versante sociale e sociosanitario, occupandosi dei cittadini e di specifici problemi solo nel momento in cui questi si presentano: di solito riacutizzazioni o complicanze del processo cronico sottostante o "squilibri" della organizzazione della rete sociale in cui sono inseriti come perdita di autonomia, perdita di sostegno economico o sociale da parte di familiari ecc.

Per contro questo scarso "governo" del sistema è stato recepito dalla Società civile ed ha suscitato la attivazione del mondo del volontariato, del terzo settore ed anche delle Associazioni di cittadini costituite proprio per promuovere una "regia" nella definizione ed erogazione delle corrette risposte da dare ai bisogni socio-sanitari.

E' necessario quindi che il medico di famiglia, ma anche ogni altra figura professionale del Territorio, ed in particolare l'Assistente Sociale, abbandoni l'attuale modello di lavoro che lo vede spesso "solista" e operante in un'ottica di "medicina di attesa" per "evolvere" nel nuovo modello organizzativo del lavoro in squadra in un'ottica di "medicina di iniziativa" e subordinatamente che tutti i professionisti operanti sul territorio accettino di lavorare in un'ottica di Team, clinicamente coordinati dal medico di famiglia.

La Medicina Generale ha recepito, già nel documento di Rifondazione della Medicina Generale del 2007, la necessità di affrontare il problema in un'ottica di medicina di iniziativa da parte di un team multiprofessionale, e definendo un piano personalizzato di cura.

Relativamente all'ambito sociale e socio sanitario gli operatori sociali hanno recepito la stessa esigenza di operare in squadra, definendo le competenze di ciascuna figura al fine di garantire al cittadino il massimo di risposte rispetto ad un progetto complessivo e personalizzato specialmente in un contesto come quello attuale di progressiva riduzione delle risorse destinate al sociale.

Questo nuovo modello operativo però richiede la costituzione di Team multiprofessionali che superino anche l'attuale dicotomia tra sanitario e sociale, evitando di costituire un team sanitario ed uno sociale che non comunicano pur occupandosi della stessa persona e che valorizzi invece al contempo le risorse del terzo settore e del volontariato.



## **Il processo di riorganizzazione della medicina generale e dell'Area delle Cure Primarie**

I cardini su cui si fonda la riorganizzazione della medicina generale proposta nel documento della Rifondazione e recepita dalla Legge Balduzzi sono rappresentati da:

- superamento del modello di lavoro "solista" andando a delineare un lavoro di squadra con le AFT, Aggregazioni Funzionali Territoriali, che sono Team monoprofessionali della medicina Generale, e poi le UCCP che sono team multiprofessionali finalizzati alla medicina di iniziativa;
- integrazione tra medici di Assistenza primaria e medici di Continuità Assistenziale, anticipando il superamento della attuale frammentazione dei ruoli che troverà compiuta realizzazione con il Ruolo unico;
- passaggio da un modalità di lavoro di medicina di attesa ad una di medicina di iniziativa per governare i processi di gestione della cronicità e della fragilità;
- Dotazione dei MMG di personale di studio qualificato e i diagnostica di primo livello correlata prevalentemente con la gestione della medicina di iniziativa;
- Individuazione di adeguate sedi comuni per il lavoro dei Team multi professionali, almeno relativo alla medicina di iniziativa.

L'obiettivo generale che ci si pone è quello di mettere i cittadini realmente al centro del sistema, costruendo intorno al bacino di utenti che ogni AFT individua, tutte le risposte che la Medicina Generale in primis ma tutta l'Area delle Cure Primarie è chiamata ad assicurare coordinando le altre professionalità dell'Area delle Cure primarie, in un'ottica di fruibilità in sedi facilmente individuabili, costruendo percorsi diagnostico terapeutico assistenziali integrati in cui i vari professionisti coinvolti garantiscano la continuità delle cure lavorando in Team, per un arco temporale h24 sette giorni su sette e la gestione proattiva della fragilità e complessità.

### **Il possibile modello di riorganizzazione**

Alla luce di quanto preconizzato nella Ri-Fondazione e sancito dalla Legge Balduzzi si può individuare un processo di riorganizzazione "a step" peraltro già iniziato:

1. costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Generale (AFT) che mettano in sinergia, attraverso le reti telematiche le varie componenti della Medicina Generale e cioè la Assistenza primaria, la continuità assistenziale ed, ove esistente, la medicina dei servizi. Ogni AFT è costituita da MMG, in media 15-20, ex Assistenza primaria, che in automatico individuano il "bacino di utenti" rappresentato dai cittadini che li hanno liberamente scelti (15.000-25.000) ed un numero di Medici di Continuità Assistenziale, di solito 4-5 (a rapporto orario esclusivo o a doppio rapporto orario e a ciclo di fiducia), sufficienti a garantire i turni di continuità notturni, prefestivi e festivi per i cittadini di quella AFT, in un'ottica di rapporto di fiducia analogo a quello dei MMG.

Tutti i medici della AFT dovranno condividere una rete telematica di AFT che è primariamente "clinica orizzontale", cioè strutturata per consentire a ciascun medico di



qualunque "tipologia" l'accesso ai dati clinici del singolo paziente per garantirgli una prestazione efficace nell'ottica della "continuità della cura", specie tra MMG e CA.

Questo livello organizzativo è completamente "funzionale", cioè i singoli medici continuano materialmente ad operare nei loro studi più o meno "dispersi" sul territorio, ma sono complessivamente tra loro interconnessi in un lavoro di squadra.

Le AFT garantiscono l'assistenza al proprio bacino di utenti complessivamente h24 sette giorni su sette;

2. adozione della modalità operativa di "medicina di iniziativa" relativamente ai cittadini che fanno parte delle AFT. Si costituiscono dei Team multi professionali ovvero le UCCP, cioè Unità Complesse di Cure Primarie in cui le varie figure professionali sono appunto riunite in team per garantire le prestazioni necessarie al bacino di utenti della AFT, sia negli ambulatori dei MMG, sia a domicilio o nella rete delle strutture intermedie, adottando percorsi diagnostico terapeutico assistenziali condivisi e personalizzati con ulteriore vantaggio per il cittadino rappresentato dal superamento, mediante la medicina di iniziativa della diseguaglianza nell'accesso alle prestazioni;

3. dotazione alla Medicina generale ed ai Team della medicina di iniziativa di personale di studio appositamente formato alla gestione proattiva delle patologie che si integri con le altre figure professionali del territorio, di strumentazione di primo livello utilizzabile negli studi dei MMG o a domicilio, anche in un'ottica di telemedicina e di ore di presenza anche di alcune figure specialistiche che garantiscano la necessaria consulenza per riportare al territorio la gestione integrale della complessità, fragilità e cronicità;

4. riorganizzazione "strutturale" della Area delle Cure primarie funzionale al modello di riorganizzazione della Medicina Generale e del territorio, individuando sedi comuni di lavoro per la Medicina Generale, sviluppando le strutture intermedie fino allo sviluppo delle Case della Salute, che rappresentano le strutture aziendali territoriali di riferimento per una determinata AFT ed UCCP.

## **Il Servizio Sociale: attualità e prospettive**

In Italia il sistema di welfare si caratterizza per una significativa disomogeneità e per una assenza di programmazione nazionale che negli anni ha di fatto vanificato le indicazioni della legge di riforma del sistema di welfare, L. 328/2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*".

Nella legge di riforma si prevedeva la costruzione di un sistema che, nel porre al centro la persona, realizzasse in primis un reale accesso ai servizi sociali e sociosanitari per l'effettivo godimento di interventi e prestazioni sociali e socio-sanitarie integrate.

In realtà, alla luce delle indicazioni di legge, il sistema di welfare in Italia si è caratterizzato per una significativa parcellizzazione delle politiche sociali a seconda dei territori regionali. Infatti la stessa legge quadro, nell'attribuire la competenza della programmazione al livello regionale, all'art. 8 ha deliberatamente riconosciuto l'applicazione del principio di sussidiarietà che è stato a sua volta ripreso dalla L. Cost. n. 3/2001.

La materia socio-sanitaria-assistenziale è stata così riconosciuta di competenza esclusiva delle Regioni che, nell'emanare le nuove leggi di settore, hanno riconosciuto comunque



agli enti locali non solo la programmazione propria del piano sociale di zona ma anche la competenza dei servizi sociali.

La mancanza di linee guida a carattere nazionale ha determinato quindi in Italia tanti sistemi di welfare quante sono le regioni, sistemi che spesso si differenziano anche nell'ambito delle stesse regioni, specie in quelle in cui manca una norma di recepimento delle L. 328/00.

In questa complessità si inserisce poi l'atavica divisione tra i sistemi **socio-assistenziale** e **socio-sanitario** con le relative differenziazioni di servizi.

Afferiscono all'area **socio-assistenziale** tutti quei servizi propri dell'Ente Locale:

- Programmazione e gestione del piano sociale di zona
- interventi di servizio sociale professionale (colloqui di sostegno, relazioni e valutazioni sociali, indagini socio familiari per l'autorità giudiziaria, presa in carico di minori e/o adulti in affidamento ai servizi sociali da parte dell'autorità giudiziaria, ecc.)
- segretariato sociale e PUA (Punto Unico di Accesso)
- servizi di tutela per minori, adulti, disabili e non autosufficienti
- assistenza domiciliare
- assistenza educativa scolastica
- trasporto sociale
- mensa sociale
- inserimenti socio terapeutici lavorativi
- inserimenti socio assistenziali
- inserimenti residenziali e semi residenziali (per la quota sociale alberghiera)
- contributi economici
- assistenza alloggiativa (housing sociale)
- interventi di pronto intervento sociale

Per l'area dell'integrazione **socio-sanitaria** dobbiamo, anche in questo caso, tenere in considerazione che ciascuna regione ha la competenza di legiferare in maniera autonoma il livello d'integrazione, sia istituzionale che gestionale e professionale.

A tale proposito però occorre evidenziare che all'interno delle Aziende Sanitarie Locali il professionista Assistente Sociale si trova collocato in vari ambiti d'intervento:

- partecipazione alla pianificazione del Piano Sociale di Zona
- accordi di programma
- consultori socio familiari
- servizi per l'età evolutiva
- servizi per le tossicodipendenze (SERT )
- salute mentale
- disabilità
- anziani non autosufficienti ed inserimenti in RSA
- ospedali (per le dimissioni protette)
- URP e comunicazione
- PUA (Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario)



Il Servizio Sociale Professionale in Italia ha da sempre operato in un'ottica di approccio all'individuo inteso come persona inserito nel suo contesto socio familiare di riferimento, in quella che viene definita in letteratura un'ottica bifocale, cioè **persona e contesto sociale**. Ma sempre più oggi, anche in relazione al mutato scenario storico, culturale e sociologico ed alla importante situazione di recesso economico che stiamo vivendo, il servizio sociale si pone in una ottica di lavoro con la comunità proprio del **welfare community**, per l'attivazione delle risorse comunitarie sia in beni materiali che relazionali.

Il lavoro sociale oggi più che in passato trova la sua collocazione entro scenari di capacitazione (empowerment) delle persone, cioè in percorsi che abilitino le persone a vivere la complessità dell'esistenza in una logica di ridotte risorse sia economiche che di tipo relazionale.

Se prendiamo in considerazione questo approccio appare evidente che possiamo spostare l'attenzione dalla prestazione, sia sociale che sanitaria, alla relazione e quindi il professionista Assistente Sociale concorre a pieno titolo al sistema di *governance* socio-sanitario ed alla valutazione multidimensionale del bisogno di salute nei vari contesti in cui opera.

Se ad esempio prendiamo in considerazione il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, che è stato in più occasioni definito come lo tsunami del nostro tempo presente, possiamo sicuramente affermare che di fronte a tale problematica occorre un team di professionisti che sappiano interfacciare la domanda sanitaria ai bisogni della persona attraverso un progetto di *global care* rivolto sia al singolo che alla comunità.

Troppo spesso si osservano interventi socio-sanitari che, se pur qualificati, non trovano una sufficiente collocazione operativa all'interno dell'assistenza primaria, di cui gli stessi professionisti che vi operano percepiscono la frammentazione e la parcellizzazione dei percorsi sia sanitari – ospedale e territorio – che sociali – Enti Locali (Comuni) –, percorsi che non trovano più ragion d'essere di fronte alla complessità delle problematiche sanitarie e sociosanitarie presenti oggi nella popolazione: cronicità, lunga-assistenza, dipendenza, ecc.

Se consideriamo infatti l'attuale organizzazione dell'Assistenza Sociale in Italia, questa viene erogata prevalentemente attraverso prestazioni economiche e subordinatamente attraverso prestazioni assistenziali erogate dagli Enti Locali (contributi economici, assistenza domiciliare, trasporto sociale, ecc.).

In tal senso il Servizio Sociale Professionale si colloca in primo luogo negli Enti Locali, differentemente organizzati a seconda dei relativi statuti, regolamenti comunali e leggi regionali di settore, ed in secondo luogo nelle aziende Sanitarie per le aree che afferiscono all'alta integrazione socio-sanitaria, occupandosi di pazienti con bisogni di salute. Occorre evidenziare inoltre che all'interno del Ministero di giustizia è in forza un servizio sociale professionale organizzato negli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) e nell'ambito minorile.

In questa organizzazione l'assistente sociale opera prevalentemente in una dimensione verticale sia rispetto all'ente di appartenenza sia rispetto alla dimensione problema, in un'ottica specialistica e settoriale, mancando quindi di una dimensione orizzontale e di comunità.



Ciò premesso, è di tutta evidenza la possibilità, o meglio la necessità per gli assistenti sociali di operare a pieno titolo nelle unità organizzative multi professionali di cui al Decreto Balduzzi, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione con i medici, le altre professionalità convenzionate con il SSN, con gli infermieri, le ostetriche, i tecnici della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria (a cominciare, in particolare, dai servizi di cui al DPCM 14.02.2001).

Contrariamente quindi all'attuale differenziazione dei servizi sociali in socio-assistenziali e socio-sanitari, si propone di addivenire ad una presenza del servizio sociale professionale nelle UCCP al fine di:

- garantire la presa in carico globale e la continuità delle cure, mediante la gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali, ospedalieri e comunali;
- realizzare un'efficace continuità e globalità dell'assistenza, contribuendo alla riduzione dei ricoveri impropri e al riequilibrio degli interventi fra ospedale e territorio, in vista anche di una diversa redistribuzione delle risorse, anche allo scopo di sviluppare l'assistenza domiciliare e mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita e di lavoro;
- contribuire a garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali territoriali;
- proporsi e diventare come centro di riferimento territoriale per tutti i pazienti che afferiscono al territorio della UCCP in cui opera, con l'obiettivo di conoscere il territorio, intercettare la domanda di salute (in senso globale) e governare i vari percorsi sanitari e sociali, in un'ottica di appropriatezza.

Nell'ottica dell'integrazione delle UCCP il professionista Assistente Sociale dovrà garantire le seguenti funzioni e prestazioni:

- conoscenza e analisi delle problematiche, dell'ambiente di vita e del contesto sociale di riferimento della persona;
- formulazione di una diagnosi sociale con eventuale certificazione dello stesso;
- formulazione di un progetto assistenziale condiviso e partecipato con la persona;
- valutazione delle risorse presenti e di quelle mancanti, sia personali che relazionali e comunitarie;
- advocacy sociale;
- presa in carico, orientamento e accompagnamento del soggetto fragile;
- verifica e valutazione multidisciplinare dei progetti assistenziali;
- lavoro sociale di rete con il territorio, quale soggetto attivatore di reti formali ed informali (volontariato, associazionismo, cooperazione sociale, ecc.);
- rapporti con l'autorità giudiziaria in caso di affidamento ai servizi sociali del Ministero di Giustizia;
- rapporti di consulenza con l'autorità giudiziaria in caso di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, ecc.;
- rapporti con l'autorità giudiziaria in caso di minori in affidamento familiare, di separazioni giudiziarie, ecc.



## **Legislazione vigente e proposte**

Sul versante sanitario il Servizio Sanitario Nazionale, che trae le sue origini dalla Legge n. 833/78, è stato nel tempo modificato prima dal D.Lgs n. 502/517 e poi dal D.Lgs n. n.229/99.

La FIMMG ha proposto già dal 2007 il Progetto di "Rifondazione della medicina Generale" per il riordino complessivo della medicina Generale e dell'Area delle Cure primarie.

Nel 2012 la Legge n. 158 del 13 settembre (nota come Decreto Balduzzi) ha in gran parte recepito quanto proposto da FIMMG in tema di AFT, UCCP ecc., anche se attualmente questa Legge non ha ancora trovato pratica applicazione.

Sul versante sociale il Servizio Sociale è regolato a livello nazionale dalla Legge 328/2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" e poi dall'art. 8 dalla Legge Costituzionale n. 3/01, che ha in pratica sancito la regionalizzazione dei Servizi Sociali.

Rispetto alle problematiche del Servizio Sociale esiste un documento sulle "Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità", approvato il 29 ottobre 2010 dai componenti il Tavolo Tecnico istituito dal Ministro della Salute ed in attesa di recepimento dalla Conferenza Stato-Regioni.

Sensibili alle problematiche di cui sopra ed intenzionate a dare un contributo per il loro superamento, FIMMG e SUNAS avevano già condiviso un documento propositivo formalizzato nel 2007.

Tutto quanto sopra premesso

## **FIMMG e SUNAS**

Attraverso il presente documento di condivisione e di collaborazione,

individuano le seguenti criticità nell'attuale modello operativo del Servizio sanitario Nazionale e del Servizio Sociale Nazionale:

- Isolamento professionale e culturale del MMG che opera singolarmente in una dimensione autoreferenziale;
- Erogazione delle prestazioni sanitarie in un'ottica di "medicina di attesa";
- Scarsa conoscenza da parte del MMG delle risorse sociosanitarie attivabili per dare risposta ai bisogni dei cittadini;
- Dicotomia tra servizio socio-assistenziale erogato dai Comuni e servizio socio-sanitario erogato dalle ASL, con differenti e separati momenti e luoghi di recepimento dei bisogni espressi dai cittadini;
- Risposte frammentate, di tipo settoriale, erogate da Assistenti Sociali diversi ai vari bisogni espressi da un unico cittadino come conseguenza della strutturazione del lavoro per aree tematiche;



- Cittadino non al centro del sistema ma "scomposto" in bisogni sociali e bisogni sanitari che trovano accoglienza e tentativo di soluzione da parte di figure professionali diverse che non operano in interconnessione.

## **FIMMG e SUNAS**

Propongono le seguenti azioni volte al superamento delle criticità sopra descritte:

- Ristrutturazione dell'Area delle Cure Primarie, in conformità al dettato della Legge Balduzzi, realizzando su tutto il territorio nazionale prima le AFT e poi le UCCP.
- Adozione della modalità di lavoro della "medicina di iniziativa" come risposta alla sfida della complessità, cronicità, fragilità e disagio sociale.
- Unificazione del servizio socio-assistenziale erogato dai Comuni e socio-sanitario erogato dalle ASL, sia a livello nazionale che regionale.
- Integrazione reale del sociale col sanitario fin dalla fase di programmazione, con formulazione di un unico Piano (nazionale o regionale) integrato sociosanitario al posto degli attuali due, sanitario e sociale.
- Integrazione operativa a livello di UCCP di un unico punto di accoglienza della domanda di aiuto, sia sociale che sanitaria ed inserimento nel Team multiprofessionale della UCCP di un solo Assistente Sociale che contribuisca alla valutazione complessiva dei bisogni ed alla definizione delle opportune risposte integrate, fungendo poi da tramite per la attivazione delle diverse aree di attività in cui è organizzato il Servizio Sociale.
- Adozione da parte del Team della UCCP, integrato dall'Assistente Sociale, degli strumenti di valutazione multidimensionale e di definizione per ogni singolo soggetto di un unico progetto assistenziale personalizzato integrato sociale e sanitario.

Per la piena attuazione delle proposte di cui sopra

## **FIMMG e SUNAS**

Concordano di intraprendere congiuntamente le seguenti azioni:

- ✓ Presentazione del presente documento di intesa e richiesta di recepimento delle proposte operative ai Ministeri competenti della salute e del lavoro e Politiche Sociali.
- ✓ Presentazione del presente documento di intesa e richiesta di recepimento delle proposte operative alla Conferenza delle Regioni.
- ✓ Richiesta alla Conferenza delle Regioni di recepimento del documento "Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità, approvato il 29 ottobre 2010 dai componenti il Tavolo Tecnico istituito dal Ministro della Salute.
- ✓ Richiesta ad ogni singola Regione di procedere alla formulazione di un unico Piano Regionale Sanitario e Sociale.
- ✓ Presentazione del presente documento di intesa e richiesta di recepimento delle proposte operative all'ANCI, Associazione nazionale dei Comuni d'Italia.



- ✓ Presentazione del presente documento di intesa e richiesta di recepimento delle proposte operative ad ogni singola ASL/Conferenza dei Sindaci del bacino di riferimento con proposta di avviare sperimentazioni delle soluzioni operative proposte.
- ✓ Presentazione ufficiale del presente documento di intesa mediante una conferenza stampa congiunta.
- ✓ Presentazione del presente documento di intesa in occasione di Convegni, Congressi ed altre manifestazioni a cui partecipi uno o tutti e due i sindacati firmatari.
- ✓ Presentazione del presente documento di intesa ai cittadini ogniqualvolta se ne presenti l'occasione.

Roma, 26/10/2013

Il Segretario generale nazionale Fimmg  
Giacomo Milillo



Segretario generale nazionale Sunas  
Salvatore Poidomani

