



ACLI  
MILANESI  
aclimilano.it

## **SALUTE E SANITA' IN LOMBARDIA**

Documento del Consiglio Provinciale  
delle Acli Milanesi

*30 maggio 2022*





Nel 1978 viene istituito il **Servizio Sanitario Nazionale** che riconosce il **diritto alla salute** come diritto universale e dà compimento all'**art.32** della **Costituzione** che recita testualmente *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”* prevedendo così la responsabilità dello Stato di garantire la salute del cittadino e della collettività in condizioni di eguaglianza, senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche.

Il **PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** che è il piano approvato nel 2021 dall'Italia per rilanciarne l'economia dopo la pandemia, nelle disposizioni relative alla salute definite dalla **“Missione 6: Salute”** afferma *“La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici.”*

## **LA SITUAZIONE PRE PANDEMICA IN LOMBARDIA**

La **legge Formigoni** L.R. n. 31 del **1997**, distinguendosi dalle disposizioni del Servizio Sanitario Nazionale, rivoluziona il Servizio Sanitario Lombardo. Introduce la libertà per il cittadino di scegliere l'erogatore del servizio sanitario tra erogatori di servizi sia pubblici sia privati.

Introduce, unica in Italia, una netta distinzione di competenze tra **ASL** (Aziende Sanitarie Locali) che acquisiscono le funzioni di Programmazione/Acquisto/Controllo e le **AO** (Aziende Ospedaliere) che mantengono le funzioni di erogazione dei servizi accanto agli enti privati, paritetici e in competizione tra loro. Inoltre si amplifica il grande investimento sulle Aziende Ospedaliere.

Successivamente, con la **legge Maroni** L.R. n. 23/**2015**, prende avvio una ulteriore evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo. Le ASL vengono trasformate in 8 **ATS** (Agenzie di Tutela della Salute) che gestiscono sempre le funzioni di Programmazione/Acquisto/Controllo.

Nascono 27 **ASST** (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) con Polo Ospedaliero e Rete territoriale che erogano i servizi.

Questa legge dà il colpo di grazia alla infrastruttura territoriale pubblica del Sistema Sanitario Lombardo poiché l'auspicata integrazione tra i due livelli - ospedale e territorio - non si è mai realizzata, ma si è assistito invece a significativi arretramenti dei servizi territoriali pubblici per la mancata attuazione delle strutture territoriali (PREST e POT <sup>1</sup>) che la stessa legge Maroni aveva promesso di realizzare.

---

1 PREST = Presidi socio sanitari territoriali; POT = Presidi Ospedalieri Territoriali

I **distretti**, previsti dalle disposizioni nazionali (riforma Bindi del 1999), deputati a svolgere un ruolo erogativo e di governo sul territorio, vengono svuotati delle loro competenze e ridotti a strutture con funzioni limitate.

Si realizza un rafforzamento del **modello OSPEDALOCENTRICO**. Tutto ciò, aggravato dalla mancata programmazione dei fabbisogni del personale sanitario, porta al fallimento dell'obiettivo del passaggio *“dal curare al prendersi cura”* e *“dalle prestazioni alla presa in carico”* producendo un progressivo smantellamento della medicina territoriale che determina:

- carenza dei MEDICI DI MEDICINA GENERALE
- carenza dei PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
- carenza del SETTORE INFERMIERISTICO (Infermieri ed Operatori Sanitari)
- arretramento dei SERVIZI PUBBLICI per le TOSSICODIPENDENZE
- depotenziamento e accorpamento dei CONSULTORI c/o ospedali sguarnendo i territori (ad es. spostamento del consultorio di via Monreale all'ospedale San Carlo a Milano)
- depotenziamento della PSICHIATRIA (ad es. chiusura del polo dell'Ospedale di Melzo)
- marginalizzazione della collaborazione con i COMUNI e con le comunità locali
- penalizzazione del ruolo del TERZO SETTORE come interlocutore delle politiche regionali
- scomparsa di ogni attività di PREVENZIONE per mancanza di finanziamenti

Inoltre assistiamo ad un **aumento abnorme dei tempi di attesa delle prestazioni** che vanificano la libertà per il cittadino di scegliere l'erogatore costringendolo a scegliere l'erogatore privato e a sopportare un aumento dei **costi delle prestazioni**.

Già prima della pandemia nel 2018, secondo il *Rapporto RBM-CENSIS (2019)* 19,6 milioni di italiani erano costretti a pagare di tasca propria le prestazioni essenziali prescritte dal medico, cioè il **44%** degli **italiani** aveva fatto ricorso a strutture private per una spesa pari a **37,3 miliardi di euro** perché i tempi di attesa dei presidi pubblici, impoveriti dai mancati finanziamenti e dalla progressiva riduzione del personale, non permettevano loro di curarsi adeguatamente.

I tempi di attesa delle prestazioni che erano già prima della pandemia una delle problematiche più gravi della sanità

Lombarda rischiano di essere ancora oggi una delle cause di ulteriore pericolo di vita per i cittadini.

## **CONTESTO NAZIONALE**

Quanto sopra avviene in un contesto economico ed epidemiologico, caratterizzato dalla scarsità delle risorse destinate al settore sanitario e in presenza di una mutata situazione demografica, dovuta all'aumento considerevole del **tasso di anzianità** e quindi delle relative patologie.

Da dati ISTAT si prevede che tra il 2018 e il 2040 gli ultrasessantacinquenni residenti in Lombardia crescano da circa 2 milioni e 250mila unità a 3 milioni e 300mila (+46%) e gli ultraottantacinquenni da 336mila a 580mila (+73%).

Ciononostante i governi hanno continuato a finanziare il SSN con le stesse cifre degli anni precedenti, in media al di sotto della percentuale di aumento dell'inflazione.

La Fondazione GIMBE nel 2019 ha pubblicato un rapporto in cui si evidenzia che dal 2010 al 2019 i vari governi che si sono succeduti hanno proceduto a un **definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale di ben 37 miliardi**.

Questo ha comportato la chiusura di Ospedali e servizi territoriali per conservare un equilibrio di bilancio aziendale, costringendo molte persone a rivolgersi a strutture sanitarie private e lasciando senza cure chi non poteva permetterselo.

I **Posti Letto** nel 1981 erano 530 mila, mentre nel 2019 erano ridotti a 215mila.

## **PANDEMIA IN LOMBARDIA**

L'aver gradualmente spostato, in questo ultimo ventennio, il tema della salute da questione pubblica a soluzione individuale, è uno dei motivi, non il solo, per cui la Lombardia si è rivelata particolarmente vulnerabile nella gestione dell'emergenza sanitaria determinata dal Covid-19.

Ci siamo accorti che la **questione della salute** non è un tema legato al singolo individuo, ma **un tema di comunità e di territorio, in buona sostanza una questione pubblica**.

Il mancato aggiornamento di un efficace piano anti pandemico nella nostra Regione, aggravato dal diffondersi di un virus sconosciuto, ha messo in evidenza le gravi carenze sopra citate (che potrebbero peggiorare, vista l'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto) creando un sovraffollamento incontenibile nei Pronto Soccorso e negli Ospedali soprattutto pubblici.

In conseguenza di tali difficoltà, in Lombardia si è verificato il rinvio/perdita di milioni di prestazioni sanitarie (esami, visite ecc.) e il più alto numero di decessi per Covid 19 rispetto alle

altre regioni e alla media nazionale.

Al 5 marzo 2022	ITALIA	LOMBARDIA
Casi contagio	12.990.223	2.355.997
MORTI	155.782	38.758
Tasso mortalità a dicembre 2021	3,50%	5,40%

### **RIFORMA DELLA SANITA' LOMBARDA**

La **legge Maroni** L.R. n. 23/2015, in virtù della sua anomalia sul territorio nazionale è stata sottoposta a controllo e revisione quinquennale. Per queste ragioni il governo ha richiesto a Regione Lombardia un'ulteriore modifica della normativa in vigore.

Infatti una successiva riforma della Sanità Lombarda viene realizzata con la **L.R. 14 dicembre 2021 n. 22 "Modifiche al titolo I e al titolo VII della L.r. n.33/2009 Testo Unico in materia di Sanità"**.

Purtroppo la legge ripropone ancora il modello del **"quasi mercato"** della normativa precedente rafforzando un modello organizzativo che smentisce i principi universalistici perché mettendo in competizione gli erogatori pubblici con quelli privati considera la SALUTE COME UN PRODOTTO DEL MERCATO. In effetti in un sistema universalistico dove l'unico finanziatore è il Servizio Sanitario Nazionale, la competizione tra Pubblico e Privato risulta asimmetrica. Il Servizio Pubblico, impoverito nella sua capacità di offerta, non può concorrere con il Privato che è libero di agire (se/dove/come/quanto), costringendo il cittadino che se lo può permettere a pagare per la sua salute.

Inoltre la riforma introduce in modo chiaro il principio di *"equivalenza e integrazione all'interno del Servizio Sanitario Lombardo dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e private accreditate, garantendo la parità di diritti e di obblighi per tutti gli erogatori di diritto pubblico e di diritto privato"*. Occorre definire delle norme che disciplinano le regole per gli erogatori privati accreditati distinguendo anche nella loro specificità fra di erogatori privati profit e quelli non profit. Sanità Pubblica e Privata non sono e non devono essere equivalenti: occorre garantire una regia del servizio pubblico e la concreta attuazione dell'art. 32 della Costituzione.

La Sanità Pubblica deve essere prioritaria deve avere un ruolo di governo e di regia del Servizio Sanitario, fissare linee, criteri, risorse e assegnare al privato i ruoli e i settori d'intervento che rispondano alle esigenze dei cittadini e non a quelle del mercato: l'ente di governo regionale ha la responsabilità

costituzionale di assicurare la Salute a tutti gli individui nell'interesse della collettività.

Non possiamo qui non rammentare quanto disse in modo profetico **il Card. Carlo Maria Martini nel 1999 a Roma alla Prima conferenza nazionale sulla Sanità evidenziando in questo modo la visione antropologica sottesa a questa organizzazione del sistema sanitario.**

*“Le disuguaglianze e le ingiustizie non possono essere più viste come il risultato di qualche finalità naturale: esse sono piuttosto riconosciute come opera dell'uomo e del suo egoismo. Come opera dell'uomo è indubbio che possono figurare le ingiustizie provocate e accentuate da un **sistema sanitario** pensato più come **impresa** che come **servizio**, accessibile solo a chi è già dotato di mezzi, svuotato dei legami con il territorio, forgiato su un modello di sanità come una qualsiasi azienda, la salute come il prodotto e il malato come un cliente”.*

### **RIFORMA, RISORSE, PROBLEMI**

Successivamente all'evento pandemico anche lo stato ha avviato una parziale riforma del Sistema Sanitario Nazionale per la realizzazione in particolare di quelle strutture territoriali intermedie **istituite nel 2007 con legge n. 296/2006** denominate allora **“Case della Salute”** e riproposte oggi con la denominazione **“Case della Comunità”**.

Tale riforma dovrebbe avvalersi soprattutto delle risorse europee del PNRR anche se su tali risorse oggi però pesano le grosse incognite dell'attuale situazione politica economica internazionale, aggravate dal conflitto russo/ucraino in corso.

**In Lombardia in particolare, con la riforma Maroni, come già accennato, erano stati smantellati molti presidi sanitari territoriali accentrandone le funzioni presso gli Ospedali e non erano state realizzate le Case della Salute.**

In tutta Italia erano state attivate prima della pandemia 489 Case della Salute realizzate con le stesse condizioni di finanziamenti per tutte le Regioni: 124 in Emilia Romagna, 77 in Veneto, 76 in Toscana ... mentre in Lombardia non è stata realizzata **nessuna Casa della Salute!**

In realtà, già nel 2019, la Lombardia, con la Delibera di Giunta Regionale XI/2019, riconosce *“l'integrazione ospedale territorio come **un fondamentale obiettivo strategico** dell'odierno sistema sociosanitario sia dal lato della **domanda** che dal lato dell'**offerta**.”*

Nella stessa DGR s'individua “la Casa della Salute” come modello da perseguire poiché **“Secondo uno Studio di valutazione sull'impatto della Case della Salute (i nostri PreSST) condotto dall'assessorato alla Salute dell'Emilia Romagna, con**

la loro introduzione si è osservato:

- riduzione significativa e costante dell'accesso al Pronto Soccorso
- effetto altrettanto significativo sull'ospedalizzazione per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale e sugli episodi di cura trattati in assistenza domiciliare

Dove c'è una Casa della salute **si riducono in media del 21,1% (con picchi fino al 60%) gli accessi al Pronto Soccorso** per cause che non richiedono un intervento urgente, i cosiddetti 'codici bianchi'.

Eppure la Regione Lombardia continua ad equiparare le funzioni svolte nei *PreSST* lombardi (Poliambulatori) con le Case della Salute.

### **PNRR “MISSIONE 6: SALUTE”**

Il PNRR ha stanziato 7 miliardi di euro da spendere in 5 anni, per realizzare **“Reti di Prossimità, strutture e Telemedicina per l'Assistenza Sanitaria Territoriale”** (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Cure Domiciliari, Centrali Operative Territoriali).

Per utilizzare tali fondi la citata nuova legge regionale di riforma della sanità Lombarda la già citata **L.R. 14 dicembre 2021 n. 22** prevede:

<b>216 Case di Comunità:</b>	<b>una ogni 50.000 abitanti</b>
<b>71 Ospedali di Comunità:</b>	<b>uno ogni 150.000 abitanti</b>
<b>104 Centrali Operative Territoriali :</b>	<b>uno ogni 100mila abitanti</b>

Sul piano strettamente “amministrativo” è bene ricordare che il PNRR finanzia “Infrastrutture, investimenti” e NON Spesa Corrente, che può e deve essere sostenuta dai bilanci regionali. Vale a dire che, senza le risorse per “inserire Professionalità, Connessioni e generare Sinergie” che interagiscano con i Territori, vi è il concreto pericolo che le CdC si traducano in “scatole vuote” o non rispondenti alla loro funzione.

In assenza di una intesa della Conferenza Stato-Regioni il Consiglio dei Ministri ha dato il via libera all'adozione **del DM n. 71/22 il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Mef, recante “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”** che ha il compito di indirizzare come spendere le risorse del PNRR per ricostruire il tessuto territoriale dei presidi sanitari.

In particolare segnaliamo quanto prevede la bozza del DM 71 per le **Case di Comunità** e gli **Ospedali di Comunità**.

La **Casa della Comunità** (nelle modalità hub e spoke) è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità



può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza socio-sanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. L'attività, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento.

L'**Ospedale di Comunità** è previsto come una struttura di ricovero breve con 20/40 posti letto. Svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. L'OdC opera in stretto collegamento con la CdC.

Il DM n. 71/22 prevede anche il dettaglio numerico minimo del personale sanitario necessario al funzionamento della CdC e dell'OdC.

### **UNA DENUNCIA PUBBLICA: LE CASE DELLA COMUNITA' SONO SEMPLICI POLIAMBULATORI**

In Lombardia il Presidente della Regione Fontana e l'Assessore al Welfare Letizia Moratti, proseguono con enfasi e pubblicità mediatica, all'inaugurazione di Case della Comunità, che in realtà sono solo dei meri cambi di etichetta di poliambulatori già esistenti, ma che **non contengono nessuna** delle caratteristiche fondamentali che identificano una CdC.

Esempio eclatante è la Casa della Comunità inaugurata nello scorso dicembre a Milano al posto del poliambulatorio in via Rugabella il cui accesso (da quanto perviene dalle segnalazioni dei cittadini) risulta nei fatti impraticabile.

L'assessore Moratti ha ammesso che, per far funzionare le CdC il Governo deve finanziare il reclutamento del personale necessario.

In assenza di personale Regione Lombardia sarebbe indirizzata a far gestire le CdC agli erogatori privati che si sono già resi disponibili.

Si arriverebbe all'assurda situazione dell'utilizzo di fondi pubblici del PNRR per costruire fisicamente le nuove strutture da concedere poi in gestione ai privati.

Un ultimo esempio di questo indirizzo privatistico, con cui intendono privatizzare anche il medico di famiglia, è la recente dichiarazione del CEO del Gruppo Santagostino Luca Foresti, pubblicata da Il Sole 24ORE del 30/03/2022, che partendo dalla constatazione della carenza di medici di famiglia, propone di far gestire la medicina di base (medici di famiglia e pediatri libera scelta) anche alle aziende sanitarie private. Quest'ultimo enuncia anche il dato allarmante che *"Nei prossimi sei anni ne andranno in pensione 36 mila su 50 mila, a fronte di un ingresso dal corso di medicina generale di appena mille nuovi dottori l'anno"*.

A conferma di ciò la FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale.) ha **calcolato che entro il 2027 andranno in pensione** circa 35.200 professionisti. "Questo vuol dire - spiega alla Stampa il vicepresidente Domenico Crisarà - che nei prossimi **sei anni chiuderemo 5.080 ambulatori e lasceremo** 15 milioni di cittadini senza un referente sanitario sul territorio". Attualmente in Italia sono attivi 50.568 dottori e pediatri e tra il 2015 e il 2020 c'è stato un aumento del 235% di prepensionamenti.

Gli ordini professionali degli infermieri hanno denunciato di recente la carenza di 80 mila infermieri.

Nonostante la disastrosa situazione, rimane ancora il numero chiuso a medicina, mentre quelli che ci sono non vengono valorizzati economicamente e professionalmente ma vengono sommersi da compiti prevalentemente burocratici. Lo stesso dicasi per il personale infermieristico.

**L'obiettivo di spalancare le porte al privato appare sempre più chiaro.**

## **LE ACLI E LA SANITÀ**

Le ACLI si sono da tempo impegnate sul tema della Salute con una serie di iniziative:

- Risposta ai bisogni emergenti dal territorio in materia di denuncia delle problematiche legate alla sanità
- Realizzazione di momenti di approfondimento e convegni di analisi e studio delle diverse riforme del sistema sanitario che negli anni si sono succedute in ultimo è stato realizzato il convegno del 26 febbraio 2022 "I CARE LOMBARDIA Una BUONA SANITÀ per tutti è un diritto ed è possibile!"
- Approvazione in Consiglio Provinciale milanese nel maggio 2020 di un documento sulle "Politiche sanitarie

*alla prova della pandemia”* poi condiviso con le ACLI Regionali e con varie organizzazioni religiose, politiche e sociali esterne.

- Audizioni in “Commissione terza Sanità” in Regione Lombardia
- Proposta di emendamenti al Progetto di riforma della legge sanitaria Lombarda condivisa con il FORUM REGIONALE del TERZO SETTORE
- Proposte di riforma della assistenza domiciliare nel novembre 2020: integrazione tra ADI e SAD (ADI competenza delle ASST e del SAD competenza dei comuni) per far fronte al bisogno di 2 milioni di anziani lombardi a cui la Regione riesce a dare risposte solo nella misura del 5%.
- Proposta di legge di iniziativa popolare sui *Care Giver*

### **IMPEGNI DELLE ACLI MILANESI**

- E’ necessario** che le ACLI, anche sulla scia delle ACLI Nazionali (che hanno aderito all’**Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia**) assumano un ruolo promotore generando reti di alleanze con i soggetti interessati al miglioramento del Servizio Socio Sanitario Regionale.
- E’ necessario** che le Acli, con la rete dei Circoli, svolgano la funzione di diffondere sul territorio la conoscenza e la consapevolezza di quale sia il reale ed efficace modello di “PRESA in CARICO” del Cittadino/Paziente (Case della Comunità) per la tutela della Salute e dei processi di riforma in corso.
- E’ necessario** che le Acli “promuovano” l’istituzione di un “Tavolo tecnico/Scientifico” anche con la collaborazione di professionisti nel campo sociale, sanitario e del terzo settore, ricercatori universitari, volontari, cittadini, per seguire i percorsi dell’attuazione della riforma ed eventualmente intervenire in merito.
- E’ necessario** che le Acli, si dotino consapevolmente di un robusto strumento di raccolta documentale e divulgazione, anche con personale capace di presidiarlo adeguatamente, per porlo a disposizione dei Circoli e anche di Soggetti che possono concorrere a “rigenerare il Tessuto Sociale”.

## PROPOSTE

La recente Legge Regionale di riforma del sistema sanitario lombardo confermando l'indirizzo precedente assegna al Terzo Settore un ruolo di sola consultazione reiterandone la marginalizzazione insieme a quella dei Comuni.

Le richieste più volte presentate a Regione Lombardia insieme agli altri enti del Terzo Settore sono chiare:

- si richiede l'attuazione del principio costituzionale di **sussidiarietà orizzontale** (art. 118, u.c. Cost.),
- si richiede il riconoscimento del nuovo **modello di «amministrazione pubblica condivisa»** disciplinato dal D.lgs. 3/7/2017 n. 117 (Codice del Terzo Settore) e contenuto nella sentenza n. 131/2020 della Corte costituzionale
- si richiede che gli Enti del Terzo Settore **coprogrammino** gli interventi e i servizi, e poi contribuiscano a realizzarli secondo le forme della **coprogettazione** e del convenzionamento (cfr. artt. 55-57 Codice del Terzo Settore).
- si richiede il **RICONOSCIMENTO degli enti del terzo settore** che operano nell'ambito sanitario, sociosanitario e sociale affinché non siano solo consultati ma coinvolti attivamente nella programmazione del Servizio Sanitario Lombardo, anche attraverso la presenza in tavoli a livello regionale, cabine di regia delle ATS, momenti di coprogrammazione nelle ASST.
- si richiede una regolamentazione chiara che vada a distinguere negli EROGATORI PRIVATI, quali sono gli **enti del TERZO SETTORE no profit e PRIVATI PROFIT**.
- si richiede un reale cambiamento del modello organizzativo attuale che mettendo in competizione gli erogatori pubblici con quelli privati considera la **SALUTE COME UN PRODOTTO DEL MERCATO** e smentisce i principi universalistici
- si richiede una programmazione dei servizi che non parta dall'**offerta** degli operatori privati ma dall'analisi della **domanda** e dal **bisogno rilevato**
- si richiede una reale riforma della **assistenza domiciliare** (integrazione tra ADI competenza delle ASST e del SAD competenza dei Comuni) e la costruzione di una **infrastruttura territoriale per il sostegno al decadimento senile**
- si richiede la riduzione dei **tempi di attesa delle prestazioni** che vanificano la libertà per il cittadino di

scegliere l'erogatore, costringendolo a scegliere l'erogatore privato e a sopportare un aumento dei **costi delle prestazioni**.

- ❑ Si richiede di trovare delle soluzioni a livello nazionale e regionale per far fronte alla **carezza** dei **MEDICI DI MEDICINA GENERALE** la cui assenza crea le problematiche maggiori alle persone anziane rimaste prive di un reale sostegno per affrontare i problemi della propria salute.