

Osservazioni dell'Associazione UMANA sulla prima parte del Piano sanitario della Regione Umbria 2019 - 2021

inviata in bozza (fino al capitolo 2.5.2.) nel dicembre del 2018

(versione 1.1 del 26 febbraio 2019)

A tutela degli interessi dei Malati Anziani Cronici Non Autosufficienti (MACNA) l'Associazione UMANA Onlus osserva che il Piano sanitario della Regione Umbria 2019-2021 (di seguito Piano) non tiene correttamente conto delle esigenze e del diritto alle cure dei cittadini MACNA. In estrema sintesi, osserviamo che:

- I MACNA sono *“soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici”* come ha precisato l'Ordine dei Medici di Torino¹.
- Tutte le prestazioni quotidiane per la cura di cui hanno bisogno i MACNA sono di competenza della Sanità pubblica. Infatti il Servizio sanitario nazionale (SSN), quindi anche quello regionale, è tenuto in base all'articolo 2 della Legge istitutiva n. 833 del 1978 a garantire *“la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata”*². Proprio in riferimento al diritto alle cure dei MACNA e ai corrispondenti obblighi del SSN la Corte Costituzionale ha chiarito che *“l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore degli anziani non autosufficienti è elencata tra i Livelli essenziali di assistenza sanitaria”*³.
- Nel Piano manca un'analisi specifica del fenomeno *“invecchiamento della popolazione/malattie croniche/non autosufficienza”* in considerazione delle esigenze e del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie dei MACNA che stimiamo siano decine di migliaia in Umbria⁴. Quindi non è prevista un'adeguata pianificazione di interventi e prestazioni domiciliari, semi-residenziali e residenziali a tutela di questi anziani gravemente malati⁵. Il Piano non tiene conto del fatto che il ruolo dei familiari a domicilio si basa su una disponibilità puramente volontaria e che i medesimi assumono oneri e responsabilità che per legge rientrano nella sfera di competenza del SSN⁶. Non prevede misure come, ad esempio, un contributo forfettario ai MACNA per l'assunzione a titolo oneroso di assistenti domiciliari, anche al fine di alleviare i pesanti costi psico-fisici a carico dei familiari volontari. Non prospetta iniziative informative sui diritti dei malati non autosufficienti, sulle prestazioni garantite per legge dalle ASL e iniziative di educazione sanitaria per la corretta gestione domiciliare dei malati. Il Piano non prevede la garanzia del ricovero in adeguate strutture socio-sanitarie dei MACNA che non possono, per qualsiasi motivo, essere curati nel proprio domicilio.

Nella prossima sezione riportiamo alcune considerazioni per chiarire la nostra posizione.

¹ Nicola Ferraro, [L'OMCeO-TO alla Regione Piemonte: Fare di più per gli anziani non autosufficienti e per i medici che li assistono](#), TorinoMedica.com, 6 luglio 2015.

² Articolo 2, primo comma, punto 3 della [Legge 23/12/1978 n. 833](#).

³ Sentenza della Corte Costituzionale [n. 36 del 2013](#).

⁴ L'articolo 2 secondo comma, lettera F della [Legge 833/1978](#) stabilisce che *“il Servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue (...) la tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e di rimuovere le cause che possono concorrere alla loro emarginazione”*.

⁵ La sentenza della Corte Costituzionale [n. 36 del 2013](#) ha definito *“non autosufficienti”* le *“persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri”*.

⁶ [L'articolo 23 della Costituzione](#) prevede che *“nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge”*. Il Parlamento non ha mai approvato norme di legge che attribuiscono compiti di cura dei malati non autosufficienti ai familiari dei medesimi malati.

Considerazioni

Il diritto alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dei MACNA

Il Piano non precisa che le prestazioni sociosanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali previste dai Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono diritti soggettivi riservati dalla legge nazionale ai MACNA e alle altre persone non autosufficienti. Non stabilisce che queste prestazioni si aggiungono a quelle sanitarie previste per tutti i cittadini e che quindi il Servizio sanitario regionale deve impegnarsi a garantirle ai soggetti non autosufficienti.

È vero che i diritti previsti dalle leggi nazionali vigenti, anche se non sono citati nel Piano, possono sempre essere fatti valere a tutela delle persone non autosufficienti che non riescono ad ottenere l'accesso alle prestazioni sociosanitarie di cui abbiano bisogno, dato che il Piano è un atto regionale e non ha la forza di abrogarli. Ma è anche vero che si tratta di cittadini con gravissime carenze di salute, che non sono in grado di auto-difendersi e che in molti casi non dispongono del necessario sostegno di persone che li aiutino ad ottenere le cure.

Quindi riteniamo importante che la Regione citi espressamente nel Piano i diritti soggettivi dei MACNA, come delle altre persone non autosufficienti malate e disabili gravi, e stabilisca obiettivi specifici per adempiere ai propri inderogabili doveri nei confronti di questi soggetti, *“senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza”*⁷.

Esigenze e diritto alle cure domiciliari dei MACNA

I MACNA sono anziani malati non autosufficienti, di età avanzata o molto avanzata, spesso affetti da multiple patologie croniche con problematiche cliniche complesse che quindi richiedono l'aiuto determinante di terze persone per le occorrenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche⁸. In questa categoria rientrano anche i malati con forme di demenza senile, come il morbo di Alzheimer, che essendo incapaci di programmare il proprio futuro hanno bisogno di un controllo continuo perché siano garantite loro le cure di cui necessitano. Tutti questi soggetti affetti da gravi patologie e in condizioni di invalidità del 100% hanno inderogabili esigenze sanitarie e socio-sanitarie in relazione ai loro quadri clinici e patologici⁹. Per le cure quotidiane oltre alla somministrazione della terapia farmacologica, i MACNA necessitano di continua sorveglianza al fine di monitorare le condizioni cliniche, evitare comportamenti pericolosi per sé e per gli altri e garantire gli interventi sanitari urgenti in caso di complicanze, aggravamenti o incidenti. È inoltre indispensabile che il personale addetto a prendersi cura di loro assicuri l'igiene della persona e dell'ambiente domestico, esegua la vestizione del soggetto malato, somministri un'adeguata alimentazione e idratazione, favorisca una mobilità corporea sia quando persista la possibilità di deambulazione, sia quando il soggetto è allettato, e provveda ad ogni altra esigenza personale del malato. Riteniamo inoltre importante segnalare che grande parte di questi malati, soprattutto nell'ultimo anno di vita, hanno bisogno di ripetuti ricoveri in ospedale per complicanze e l'insorgere di eventi acuti gravi.

La predisposizione e attuazione di un programma di cure personalizzate quotidiane (PAI - piano assistenziale individualizzato) con prestazioni sanitarie e sociosanitarie delle ASL per

⁷ Articoli [2](#), [3](#) e [32](#) della Costituzione. L'articolo 1 della legge 23/12/1978 stabilisce che “il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio”.

⁸ [Malati non autosufficienti: parola ai geriatri](#), in Prospettive Assistenziali, n. 202, aprile-giugno 2018.

⁹ Nicola Ferraro, [L'OMCeO-TO alla Regione Piemonte: Fare di più per gli anziani non autosufficienti e per i medici che li assistono](#), TorinoMedica.com, 6 luglio 2015

ogni MACNA a domicilio è importante per monitorare il malato, garantire le occorrenti terapie, alleviare i dolori, mantenerlo in dignitose condizioni di vita, prevenire aggravamenti, contenere le richieste di ricovero ospedaliero, e quindi impedire disagi e situazioni di maggiore sofferenza.

Osserviamo che negli ospedali, nelle strutture sanitarie e nelle residenze sociosanitarie, sono fornite ai ricoverati oltre alle prestazioni mediche, infermieristiche, di riabilitazione anche prestazioni quotidiane degli operatori socio-sanitari (OSS).

A domicilio le mansioni degli OSS vengono svolte informalmente dai *caregiver*: familiari volontari e persone assunte a titolo oneroso come assistenti (le così dette “badanti”). Il Piano non precisa che il ruolo dei familiari si basa su una disponibilità puramente volontaria e non tiene conto del fatto che essi assumono gravosi oneri e responsabilità che per legge rientrano nella sfera di competenza del SSN¹⁰. Non valuta che l'eccessivo carico del lavoro di cura, soprattutto se svolto prevalentemente da una sola persona, può causare gravi problemi di salute al *caregiver*, come il *burnout*. Non prende in esame il problema riguardante la preparazione tecnica dei *caregiver* che in molti casi non hanno la necessaria educazione sanitaria e pertanto possono facilmente sbagliare nella gestione dei malati e aggravarne le condizioni. Non analizza l'importante problema dell'impoverimento delle famiglie che in Umbria sostengono spese private per le cure domiciliari dei MACNA, anche alla luce della segnalazione del Rapporto, redatto da RBM Assicurazione salute e dal Censis¹¹. Da questa indagine nazionale risulta che in Italia oltre metà delle famiglie con parenti non autosufficienti hanno affrontato spese sanitarie di tasca propria, incontrando difficoltà economiche e si sono impoverite. E un milione ottocentomila cittadini “saluteimpoveriti” sono entrati nell'area della povertà.

Un altro problema è costituito dalla diffusa disinformazione degli utenti sui diritti e sulle prestazioni che devono essere garantite per legge dalle ASL per la cura dei malati non autosufficienti.

Tutti questi problemi richiedono la predisposizione di interventi e misure adeguati alle esigenze quotidiane dei MACNA al fine di alleviare i costi a carico dei malati e delle famiglie. In particolare riteniamo importante che il Piano prospetti l'istituzione di un contributo forfettario a carico del Fondo sanitario regionale per consentire a questi anziani gravemente malati di assumere un assistente domiciliare a titolo oneroso.

Inoltre crediamo che sia importante la previsione di adeguate iniziative di informazione sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che le ASL sono tenute a garantire per legge, sulle modalità di accesso alle medesime per agevolare gli utenti. E anche la promozione di misure di educazione sanitaria in modo da promuovere la corretta gestione domiciliare di questi soggetti malati e disabili gravi, invalidi al 100%.

Ricordiamo che la Legge regionale n. 24 del 2004¹² aveva previsto un “assegno di cura” a favore degli anziani gravemente non autosufficienti, quindi proprio i MACNA, precisando che questi malati sono titolari di “diritti integralmente esigibili alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie”. Ma dopo l'approvazione della nuova normativa per la non autosufficienza

¹⁰ L'[articolo 23 della Costituzione](#) prevede che “nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge”. Il Parlamento non ha mai approvato norme di legge che attribuiscono compiti di cura dei malati non autosufficienti ai familiari dei medesimi malati.

¹¹ RBM, Censis, [VII Rapporto RBM – Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata. Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità](#), Prima edizione luglio 2017. In questo rapporto si precisa che: “Ben il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi ha più bisogno di cure più soffre sul piano economico”. “L'1,8 milioni di cittadini “saluteimpoveriti” sono «entrati nell'area della povertà a causa di spese private di tasca propria» e che “ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale”.

¹² [Legge 22/11/2004 n. 24](#) “Assegno di cura per l'assistenza degli anziani gravemente non autosufficienti”.

questa legge è stata abrogata. Quindi l'assegno di cura non è più previsto in considerazione delle esigenze sanitarie dei MACNA.

Rileviamo inoltre che nell'ordinamento regionale vigente si sente la mancanza di una disciplina legislativa *ad hoc* per promuovere l'effettivo riconoscimento del prioritario diritto alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari LEA a favore di tutte le persone non autosufficienti.

A nostro avviso sarebbe utile che il Piano prospetti all'Assemblea legislativa l'esigenza di un'apposita legge destinata a questo scopo, e preveda espressamente adeguate garanzie per la tutela sanitaria dei MACNA in quanto anziani gravemente malati *“anche al fine di prevenire e di rimuovere le cause che concorrono alla loro emarginazione”* come previsto dalla Legge istitutiva del SSN¹³.

Esigenze e diritto al ricovero dei MACNA

Per i MACNA che non sono curabili a domicilio per qualsiasi motivo è importante che il Piano preveda espressamente l'impegno di garantire il ricovero e la continuità delle cure sanitarie e sociosanitarie senza limiti di durata, in considerazione delle indifferibili esigenze di questi malati. In Umbria, come nelle altre Regioni italiane, sono in aumento gli anziani soli, le famiglie anziane senza figli o con un solo figlio. La domanda del ricovero definitivo con il contributo dell'ASL previsto dalla legge nazionale tende perciò a crescere con il numero dei MACNA soli, con familiari inidonei o che dichiarano di non essere in grado di assumere responsabilità di cura, oppure quando non ci sono le condizioni socio-economiche necessarie per poter praticare le cure domiciliari.

Il diritto esigibile al ricovero definitivo dei MACNA, è riconosciuto espressamente dalle leggi vigenti. Infatti la normativa nazionale prevede l'obbligo del SSN di garantire il ricovero convenzionato e di contribuire finanziariamente pagando almeno la metà della retta mensile, qualunque sia la situazione reddituale e patrimoniale dei malati di cui si tratta. La legge inoltre stabilisce che il Comune di residenza è tenuto a versare un contributo economico per il pagamento della quota parte alberghiera del ricovero, quando l'utente non è in grado di pagarla e ricorrono le condizioni previste dalla normativa correlate alla valutazione dell'ISEE dell'utente.

Il Piano prospetta una nuova definizione dei requisiti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali che interessa anche i MACNA. In riferimento a questi anziani malati non autosufficienti la proposta del relativo regolamento regionale approvato lo scorso dicembre 2018 dalla Giunta¹⁴ stabilisce per la permanenza nelle RSA una durata massima di 60 giorni. Una forma particolare è rappresentata dalla RSA a degenza breve con degenza di 15-30 giorni. Ma questi limiti di durata del ricovero sono illegittimi e creano dei pericolosi vuoti di tutela in mancanza di un'adeguata clausola di garanzia delle cure residenziali per i malati non autosufficienti che, alla scadenza dei termini previsti dal regolamento per la permanenza nelle RSA, continuano ad avere bisogno del ricovero per qualsiasi motivo¹⁵. Quindi riteniamo importante che il Piano preveda il diritto

¹³ L'articolo 2 secondo comma, lettera F della [Legge 833/1978](#) stabilisce che “il Servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue (...) la tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e di rimuovere le cause che possono concorrere alla loro emarginazione”.

¹⁴ [Deliberazione della Giunta Regionale n. 1492, seduta del 20/12/2018](#) “Disciplina in materia di strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali per post-acuti e per persone non autosufficienti, disabili adulti e minori, malati terminali”.

¹⁵ La sentenza della Corte Costituzionale [numero 509 del 2000](#) ha precisato che “Secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti. Bilanciamento che, tra l'altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano ap-

alla continuità delle cure residenziali che deve essere garantito a tutti i MACNA in dimissione dagli ospedali e dalle altre strutture sanitarie, in base alle condizioni cliniche ed esigenze quando, per qualsiasi motivo, non sia praticabile la soluzione delle cure domiciliari. La Regione nel Piano e nella proposta di regolamento per la nuova definizione dei requisiti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie cita il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 sui Nuovi LEA. Al riguardo segnaliamo che la nostra associazione di volontariato partecipa insieme ad associazioni di altre Regioni al ricorso¹⁶ al Consiglio di Stato in riferimento alle norme di questo Decreto governativo che comprimono il diritto alle prestazioni sociosanitarie delle persone non autosufficienti malate e disabili gravi, per i motivi di incostituzionalità e violazione di legge esposti nel medesimo ricorso.

Garanzia di continuità delle cure dei MACNA senza liste di attesa

Un altro importante problema è rappresentato dalle liste di attesa in cui sono inseriti i MACNA che hanno bisogno del ricovero definitivo in strutture socio-sanitarie. L'istituzione delle liste di attesa priva questi anziani gravemente malati della necessaria tutela sanitaria pubblica.

Come si desume da alcune significative sentenze della Corte Costituzionale è fondamentale che ai malati non autosufficienti siano garantite le cure di cui hanno indifferibile bisogno in relazione alle loro condizioni cliniche in modo da salvaguardare *“quel nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto”*¹⁷.

Riteniamo inoltre utile citare una recente sentenza del Tribunale ordinario di Torino¹⁸ in riferimento al caso concreto di un'anziana malata non autosufficiente con Alzheimer inserita in lista di attesa per il ricovero, che - nell'attesa - ha pagato a proprie spese oltre 100.000 euro di cure residenziali in una struttura privata fino al momento della sua morte. Il giudice ha accertato che la medesima malata aveva diritto al ricovero in convenzione e ha disposto che l'ASL competente citata in giudizio provvedesse al rimborso del 50% delle spese di degenza documentate, corrispondente alla percentuale della quota sanitaria della retta di ricovero. Nella sentenza il Giudice ha precisato: *“Fintanto che le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria sono ricomprese nei LEA, il relativo onere economico deve gravare sul SSN, secondo i dettami della legge”*.

Chiediamo che nel Piano sia precisato l'impegno della Regione a garantire il ricovero dei MACNA nelle strutture sociosanitarie con il contributo a carico del Fondo sanitario per il pagamento di almeno la metà della retta mensile come previsto dalla legge nazionale vigente, quando non sia praticabile per qualsiasi motivo la soluzione delle cure a domicilio. Quindi senza liste di attesa.

Analisi del fenomeno “invecchiamento / malattie croniche / non-autosufficienza”

Il Piano non approfondisce l'analisi con riferimento allo specifico fenomeno sanitario “invecchiamento/malattie croniche/non-autosufficienza” che interessa i cittadini anziani con malattie (spesso poli-patologie) in condizioni di invalidità del 100% e persone affette da forme di demenza senile come il morbo di Alzheimer¹⁹.

punto pregiudicare l'attuazione di quel diritto” Ex plurimis sentenze citate dalla Corte: [n. 267 del 1988](#), [n. 247 del 1992](#); [n. 218 del 1994](#); [n. 304 del 1994](#), [n. 267 del 1998](#), sentenze [n. 309 del 1999](#).

¹⁶ Il ricorso è stato presentato il 15 ottobre 2018 ed il testo è reperibile a [questo link](#).

¹⁷ Sentenza della Corte Costituzionale [numero 509 del 2000](#).

¹⁸ Sentenza del Tribunale ordinario di Torino, Sezione lavoro, N. 1592/2018 pub. il 25/09/2018, RG n. 4975/2017.

¹⁹ Il [Piano regionale cronicità della Regione Umbria](#) a pagina 46 precisa che al 1/1/2016 erano 17.106 le persone con demenza residenti in Umbria (5.673 uomini e 11.433 donne).

È vero che il Piano nell'analisi del fenomeno “invecchiamento della popolazione” e “cronicità delle malattie” riconosce che questi fattori interagiscono e determinano un aumento della domanda sanitaria, e che quindi è importante promuovere un'organizzazione dei servizi e delle strutture con sinergia tra ospedale e territorio. Tuttavia non fornisce un approfondimento di dati epidemiologici, sanitari e socio-economici, che è necessario sia per stabilire quanti sono i “malati cronici non autosufficienti” residenti in Umbria, distinti per fasce di età, sia per analizzarne la situazione sanitaria e quindi per stabilire quali interventi regionali promuovere a tutela di tutti questi malati, che sono in maggioranza anziani.

In base ad una recente indagine regionale sulla Non Autosufficienza in Umbria²⁰ risulta che nel 2016 erano 5.574 i MACNA che hanno usufruito di prestazioni finanziate dal Fondo regionale per la non autosufficienza tra cui: 2.566 MACNA che hanno usufruito del servizio di assistenza domiciliare integrata; 2.138 MACNA ricoverati nelle strutture residenziali convenzionate.

Ma nel 2016 erano 43.609 i cittadini invalidi al 100% residenti in Umbria che percepivano l'indennità di accompagnamento²¹. Considerato che il problema della cronicità e della non autosufficienza riguarda in larga maggioranza cittadini anziani²² e tenuto conto del fatto che nell'ultimo periodo di vita ci sono malati invalidi al 100% che non presentano domanda per l'indennità di accompagnamento presumiamo che siano decine di migliaia i MACNA residenti in Umbria. Sorgono allora spontanee alcune domande:

- Quanti sono i MACNA residenti in Umbria stimati dalla Regione?
- Quanti di questi anziani gravemente malati e non autosufficienti usufruiscono delle prestazioni socio-sanitarie previste dai LEA? E quanti invece non usufruiscono di queste prestazioni?
- Per i MACNA presi incarico dalle ASL le prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative che vengono fornite a domicilio sono sufficienti alle loro esigenze?
- Quante sono le famiglie in Umbria che sostengono spese private per le cure di parenti malati e disabili gravi non autosufficienti a domicilio? E quante di queste famiglie hanno incontrato difficoltà economiche, si sono impoverite o sono entrate nella sfera della povertà a causa delle spese sanitarie sostenute di tasca propria?
- Quali e quanti i problemi di salute tra i familiari volontari *caregiver* di persone non autosufficienti a domicilio?

Considerazioni conclusive

In attesa di valutare anche la seconda parte del Piano che non abbiamo ancora ricevuto in visione, abbiamo prospettato le nostre osservazioni sulla prima parte che ci è stata inviata. Riteniamo che il nostro contributo sia utile non solo nell'interesse delle decine di migliaia di MACNA che vivono con i loro familiari il problema della non autosufficienza in Umbria, ma anche nell'interesse degli altri soggetti non autosufficienti per gravi disabilità o malattie invalidanti e, più in generale, nell'interesse di tutti i cittadini.

Se la Regione Umbria non si impegna a prevedere nel Piano obiettivi specifici per soddisfare le esigenze dei MACNA, come di tutte le persone non autosufficienti, nel rispetto dei loro diritti sulla base della valutazione della loro situazione sanitaria e anche delle esigenze dei familiari *caregiver*, i problemi si aggraveranno sempre di più. È urgente predisporre una pianificazione basata su un'analisi approfondita di questo fenomeno eminentemente sanitario tenendo conto degli inderogabili obblighi a garanzia delle cure che afferiscono a diritti umani resi cogenti dalle leggi.

²⁰ Regione Umbria, Assemblea legislativa, Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione, Politiche per la non autosufficienza e progetti di vita indipendente, ottobre 2018, pag. 59.

²¹ Centro Studi e Ricerche itinerari previdenziali, [Osservatorio sulla spesa pubblica 2018 - Invalidità civili e invalidità previdenziali](#).

²² Fonte Istat, [Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea](#), 26 settembre 2017

In mancanza del necessario impegno regionale ad affrontare questo problema di grande rilevanza etico-giuridica aumenteranno i malati anziani in condizioni di gravità che ricorrono ripetutamente all'ospedale nel loro ultimo periodo di vita. Aumenteranno i problemi di salute dei familiari *caregiver*. Aumenteranno i nuovi poveri. Aumenteranno quindi gli oneri a carico dei Comuni per il pagamento dei contributi economici integrativi previsti dalla legge. Saranno sempre più incerte le garanzie di cure adeguate anche per chi tra i cittadini autosufficienti di oggi dovesse perdere, un domani, la propria autosufficienza improvvisamente - a causa di un grave evento patologico acuto o di un incidente - o in conseguenza di malattie croniche -degenerative con esiti di invalidità del 100% e necessità di aiuto e attenzioni sanitarie determinanti per poter continuare a vivere in condizioni dignitose fino alla fine.