



**Patto per un
nuovo welfare
sulla non
autosufficienza**

LE RETTE IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

Cancellare le ingiustizie di oggi – Costruire un sistema equo per domani

La proposta del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza

24 novembre 2025

ORGANIZZAZIONI ADERENTI AL PATTO

Il Patto raggruppa 61 organizzazioni, la gran parte di quelle della società civile coinvolte nell'assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresentano gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi. Si tratta della comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi.

ORGANIZZAZIONI DI CITTADINANZA SOCIALE

ACLI – Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani
Associazione APRIRE
Associazione Prima la Comunità
Cittadinanzattiva
Diaconia Valdese
Federcentri APS
Forum ANIA – Consumatori
Forum Disuguaglianze Diversità
Forum Nazionale del Terzo Settore
La Bottega del Possibile APS
Movimento per l'Invecchiamento Attivo
NNA– Network Non Autosufficienza
Percorsi di Secondo Welfare
Rinata APS – ETS

RAPPRESENTANTI DEI PENSIONATI

ANAP - Confartigianato Pensionati
ANPA - Confagricoltura Pensionati
ANP-CIA – Associazione Nazionale Pensionati Cia
Federazione Nazionale Coldiretti Pensionati
CNA Pensionati
FAP ACLI– Federazione Pensionati delle Acli
FNPA Casartigiani – Federazione Nazionale Pensionati Artigiani
FNP CISL PENSIONATI
Associazione Nazionale 50&Più

SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ORDINI PROFESSIONALI

AIP – Associazione Italiana Psicogeriatrica
ANSDIPP – Associazione dei Manager del Sociale e del Sociosanitario
CARD ITALIA – Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti
CNOAS – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali
FNOFI – Federazione Nazionale Ordini Fisioterapisti
SIGG – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio
SIMFER – Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

RAPPRESENTANTI DELLE PERSONE COINVOLTE E DEI FAMILIARI

AISLA – Associazione Italiana Sclerosi Laterale
A.L.I.Ce. Italia ODV – Lotta all'Ictus Cerebrale
Alzheimer Uniti Italia Onlus
AMOR
ANNA – Associazione Nutriti Artificialmente
ASSINDATCOLF – Associazione Nazionale dei Datori di Lavoro Domestico
Associazione Apnoici Italiani – ETS
Associazione Comitato Macula
Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus
Associazione Respiriamo Insieme APS
CARER ETS - Caregiver Familiari
Confederazione Parkinson Italia
DOMINA – Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico
FAIS – Associazioni Incontinenti e Stomizzati
Federazione Alzheimer Italia
FIDALDO – Federazione Italiana dei Datori di Lavoro Domestico
Nuova Collaborazione – Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestico
SOS Alzheimer

RAPPRESENTANTI DI REALTÀ CHE OFFRONO INTERVENTI E SERVIZI

AIOP – Ass. Italiana delle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali e delle aziende socio-sanitarie residenziali e territoriali di diritto privato
AGeSPI – Ass. Gestori Servizi Sociosanitari
ANASTE – Ass. Nazionale Strutture Terza Età
ARIS – Ass. Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Assoprevenienza – Ass. Italiana per la Previdenza Complementare
Confcommercio Salute, Sanità e Cura
FIMIV - Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria
Legacoop Sociali
Professione in Famiglia
UNEBA – Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale
ASSIFERO – Ass. Italiana delle Fondazioni ed Enti Filantropici

1. Le ragioni di una proposta

La normativa nazionale (Lea, livelli essenziali di assistenza, art. 30) prevede che i costi delle strutture residenziali convenzionate di lungoassistenza siano così suddivisi: 50% della spesa a carico del Servizio sanitario nazionale e 50% a carico degli utenti (o dei familiari). Solo nel caso gli interessati o i parenti non abbiano risorse adeguate contribuiscono – parzialmente o totalmente – i comuni. In media, la retta ammonta a 1.500-2.000 euro mensili, una cifra evidentemente rilevante,

Negli ultimi anni **varie sentenze della Corte di Cassazione**, contrariamente a quanto sancito nei Lea, hanno stabilito che **la retta dell'anziano con Alzheimer in una struttura residenziale** debba essere **interamente a carico del Servizio sanitario nazionale**. I pronunciamenti sono conseguenti ai ricorsi presentati da parenti di anziani in strutture. I ricorsi richiedevano, per l'appunto, che il SSN coprisse il 100 per cento della spesa nelle residenze, partendo dal presupposto che l'assistenza rivolta agli anziani non autosufficienti - in particolare quelli con Alzheimer - sia interamente di natura sanitaria. Il diffondersi dei pronunciamenti menzionati ha **numeroso conseguenze negative**.

La riduzione della già limitata offerta di servizi pubblici o convenzionati per gli anziani con Alzheimer. Un numero crescente di strutture residenziali potrebbe, infatti, smettere di assistere le persone con Alzheimer. La ragione consiste nel quadro di assoluta incertezza venutosi a creare e nel fatto che inizialmente dovrebbero essere le strutture a rimborsare le famiglie, per poi avviare una procedura, complessa e incerta, per recuperare le risorse dalle Aziende sanitarie.

La discriminazione tra diverse condizioni di bisogno. L'esenzione dalla retta delle strutture riguarda i residenti con Alzheimer (il 40% degli anziani in strutture). Ciò crea una disparità con le persone non autosufficienti per altre condizioni clinico-funzionali, escluse da tale beneficio.

Lo svantaggio per i meno abbienti. Azzerare le rette per tutti, indipendentemente dalle disponibilità economiche, significherebbe impiegare risorse pubbliche per finanziare la gratuità ai benestanti. Poiché le risorse pubbliche non sono infinite vorrebbe dire destinare fondi a loro invece che ai meno abbienti.

L'ostacolo alla domiciliarità. Eliminare le rette in strutture per le persone con Alzheimer disincentiverebbe le forme di assistenza domiciliare o comunitaria, spingendo le famiglie verso la residenzialità come soluzione gratuita.

La situazione attuale, dunque, rende necessaria **un'azione legislativa rapida** per tamponare la crisi. Al contempo, è necessario **affrontare i tanti problemi strutturali** riguardanti la suddivisione della spesa individuo, famiglia e attore pubblico. Bisogna quindi **operare su due livelli**.

2. Il quadro normativo attuale

La materia della compartecipazione alla spesa da parte degli anziani accolti nelle strutture residenziali è regolata dall'**art. 30 del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA)**, che stabilisce che nel caso di trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale per le persone non autosufficienti (nei presidi residenziali) **l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale è del 50%**.

Giova qui rilevare che la legge di riferimento non distingue le condizioni dell'anziano in base al suo bisogno assistenziale o alle patologie di cui è affetto; aspetto questo per alcuni versi positivo e per altri meritevole di un approfondimento nel quadro di una auspicabile revisione di tutta la normativa sulla compartecipazione alla spesa, tenuto anche conto che nelle diverse regioni la normativa attuale non viene applicata in modo uniforme.

3. Il quadro giurisprudenziale

Negli ultimi 13 anni si sono succedute **una serie di sentenze sul tema** della compartecipazione alla spesa degli anziani con demenza/Alzheimer accolti nei presidi residenziali per anziani. Le sentenze sono state di segno diverso nei vari gradi di giudizio ma **quelle della Corte di Cassazione** sono risultate tutte concordi nello stabilire che le rette degli anziani con Alzheimer debbano essere poste **interamente a carico del Servizio sanitario nazionale**. Le diverse sentenze della Corte di Cassazione si basano su quanto stabilito nella prima sentenza del 2012 (Sentenza 4558/2012) secondo cui *“L'attività prestata in favore di soggetto gravemente affetto da morbo di Alzheimer ricoverato in istituto di cura è qualificabile come attività sanitaria, quindi di competenza del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 30 della Legge n. 730 del 1983, non essendo possibile determinare le quote di natura sanitaria e detrarre da quelle di natura assistenziale, stante la loro stretta correlazione, con netta prevalenza delle prime sulle seconde...”*.

La Corte di Cassazione ha più volte affermato, dunque, **il principio dell'“inscindibilità”** tra prestazioni sanitarie e socioassistenziali, sostenendo che nelle situazioni in cui le cure mediche e assistenziali non possono essere separate, l'intero costo debba gravare sul SSN sulla base dell'art. 30 della Legge n. 730/1983, che si riteneva superata dalle norme attuative delle disposizioni costituzionali sui LEA.

Le sentenze riguardano **tutte le strutture residenziali che accolgono anziani non autosufficienti affetti da Alzheimer** indipendentemente dalla tipologia e denominazione del presidio stesso (RSA, RSA demenze, Case residenze, Centri servizi, Residenze protette, ecc.). Questo perché le sentenze non hanno mai fatto riferimento alla tipologia della struttura residenziale ma più semplicemente alla sola presenza di “soggetto gravemente affetto da morbo di Alzheimer” e quindi alle sole condizioni

dell'anziano non autosufficiente. Peraltro, anche la norma del 1983 richiamata dalle diverse sentenze non fa riferimento alle strutture residenziali, occupandosi di tutti i setting assistenziali territoriali.

Nella situazione attuale, **in assenza di una norma interpretativa esplicita, l'applicazione del criterio del 50 % resta discrezionale e alternata**, a seconda delle interpretazioni rese nelle Corti di merito e di legittimità per cui è opportuno ed urgente che il decisore politico intervenga per risolvere il contenzioso.

È utile rammentare che il principio della ripartizione dei costi sulla base di un computo analitico delle diverse situazioni si era affermato negli anni '80 del secolo scorso con l'approvazione del **Decreto "Craxi" del 17 maggio 1984**. Tale **impostazione - fortemente criticata sin da subito** perché molto spesso non era possibile determinare le quote di natura sanitaria e separarle da quelle di natura assistenziale, stante la loro stretta correlazione, e perché produceva enormi diseguaglianze non solo fra le regioni ma anche fra struttura e struttura ed anche fra i pazienti di una stessa struttura - venne concordemente **abbandonata nel 2001 con l'approvazione con DPCM sui LEA**. Per le stesse motivazioni della Cassazione (impossibilità di determinare le quote di natura sanitaria e detrarre da quelle di natura assistenziale stante la loro stretta correlazione) ed al fine di affermare un principio di equità di trattamento di tutti gli ospiti delle strutture residenziali, nel 2001 si stabiliva una ripartizione dei costi al 50% uguale per tutti, in tutte le regioni e in tutte le strutture residenziali italiane. Tale norma, essendo **applicativa di una disposizione costituzionale** (art. 117, comma 2 lett. m), dovrebbe **prevalere su ogni altra norma stabilita precedentemente** in base ai principi giurisprudenziali sulla gerarchia delle fonti del diritto italiano.

4. La proposta per oggi

La situazione attuale non è sostenibile. **Serve - con urgenza - un intervento normativo** per dare certezze e superare l'attuale caos, che si riverbera negativamente su tutti i soggetti interessati. Un intervento che non metta in discussione i diritti acquisiti, non costringa a inutili costi per contenziosi e vada nella direzione del necessario equilibrio tra equità e sostenibilità.

Il "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" ritiene che **l'intera normativa sulla compartecipazione alla spesa** da parte sia degli anziani accolti nelle strutture residenziali sia di quelli che utilizzano servizi semi-residenziali e domiciliari **debba essere rivista** ma che intanto sia urgente chiedere al Parlamento di intervenire sulla materia delle rette per gli anziani con demenza.

Il "Patto" propone **un emendamento da inserire nell'art. 30 del decreto 2017 sui LEA**, che chiarirebbe con **una norma di tipo interpretativo** la questione e supererebbe l'attuale incertezza del quadro normativo e giurisprudenziale, **ric conducendo la casistica dei pazienti affetti da**

demenza/Alzheimer o altra patologia cronica al regime di compartecipazione della spesa al 50% tra SSN e utente. Un simile intervento interpretativo favorirebbe **anche l'uniformità applicativa a livello nazionale, senza introdurre oneri ulteriori** per la finanza pubblica.

La presente iniziativa normativa ha l'obiettivo di risolvere le attuali ambiguità normative e giurisprudenziali riguardanti il tema della compartecipazione alla spesa per le persone affette da forme di demenza (inclusa, ma non limitata alla malattia di Alzheimer). Il testo proposto mira a definire in modo chiaro una modalità di compartecipazione al 50 % tra SSN e utente, consolidando l'intervento pubblico e tutelando in maniera uniforme le famiglie¹.

L'emendamento proposto è il seguente:

«All'art. 30, comma 1 lett. b) del DPCM 12 gennaio 2017, dopo le parole “attività di socializzazione e animazione.” aggiungere di seguito il seguente periodo:

“Nei trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale per soggetti non autosufficienti sono ricomprese anche le prestazioni di assistenza specifiche per persone anziane con diagnosi di demenza, stabilite previa valutazione multidimensionale e presa in carico da effettuarsi secondo le modalità definite dalle Regioni e Province Autonome”.

La scelta di **utilizzare il termine “demenza”** invece di “Alzheimer” è dovuta al fatto che la “demenza” comprende una famiglia di oltre 60 patologie degenerative, tra le quali l'Alzheimer costituisce circa il 60% dei casi. Pertanto, utilizzare il termine “demenza” come categoria normativa **estende la tutela a tutte le forme di deterioramento cognitivo**, garantendo maggiore inclusività e precisione terminologica.

Il passaggio finale dell'emendamento, relativo alla **valutazione multidimensionale**, peraltro contenuta anche nella prima parte dell'art. 30 dei LEA, **riconnette le procedure di accesso** alle prestazioni residenziali **alle modalità**, anche diversificate, **definite dalle singole Regioni e Province autonome**.

Questa norma, stante il suo carattere interpretativo di norme già esistenti, si applicherebbe in modo uniforme nelle regioni italiane perché tutte, oltre a condividerlo con atti espliciti, hanno recepito la norma sulla ripartizione dei costi al 50% contenuta sia nel decreto sui LEA del 2017 che nel precedente decreto sui LEA del 2001².

¹ Anche se, ovviamente, non si può intervenire sulle sentenze passate in giudicato.

² D.P.C.M. 12 gennaio 2017; D.P.C.M. 29 novembre 2001.

Abbiamo ritenuto di **non intervenire sull'art. 30 della Legge 27 dicembre 1983, n. 730**: è una legge caduta in disuso perché **superata dalla normativa successiva, con particolare riferimento ai decreti sui LEA**, e perché si riferisce alla sola fattispecie di **quei comuni e regioni che decidono di delegare le attività di tipo socio-assistenziale alle Aziende sanitarie**. Modificando la norma che regge le sentenze della Corte di Cassazione si elimina il supporto giuridico per le successive eventuali sentenze della Corte di Cassazione ma **non si risolve il problema con le famiglie che**, pur non avendo mai presentato ricorsi, **hanno smesso di pagare la retta** perché hanno avuto notizia delle sentenze. Queste ultime oggi sono le situazioni largamente maggioritarie. Quasi tutte le strutture residenziali hanno almeno una famiglia che ha smesso di pagare la retta perché il proprio familiare ha l'Alzheimer e un eventuale emendamento che interviene sull'art. 30 della Legge 27 dicembre 1983, n. 730, nel breve medio periodo, non contrasterà questi comportamenti. L'emendamento del Patto, invece, intervenendo sulla norma chiave della ripartizione dei costi nelle strutture residenziali è in grado di risolvere definitivamente il problema.

5. La proposta per domani

Quella che precede è però solo **una parte del tema ben più ampio** della compartecipazione alla spesa degli utenti dei servizi che porta con sé, conseguentemente, anche quello della ripartizione dei costi fra sociale e sanitario. Il tema delle rette degli anziani con demenza viene anticipato per le caratteristiche di impellenza che sono state delineate nei paragrafi precedenti, ma, per equità e completezza, deve essere accompagnato da un approccio globale alla tematica. Pertanto, **occorre contemporaneamente un intervento di più ampio respiro**, che affronti la decisiva questione di **come suddividere i costi della non autosufficienza tra attore pubblico, individui e famiglie**. Il "Patto" a questo proposito presenterà una proposta complessiva di **revisione della normativa sulla compartecipazione alla spesa nei servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari** rivolti agli anziani non autosufficienti.

Questo intervento non potrebbe che collocarsi **nel percorso avviato con la recente riforma del settore (L.33/2023)**, che procede però a rilento. Serve, dunque, riprendere con vigore il percorso della riforma in maniera partecipata e aperta al contributo e alla collaborazione di tutti i soggetti interessati. Per questo si propone un ulteriore emendamento, in questo caso alla L. 33/2023, la Legge Delega sulla riforma dell'assistenza agli anziani, affinché il Governo affronti in tempi definiti il tema della revisione complessiva del sistema di compartecipazione alla spesa degli utenti dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

Il testo dell'emendamento è il seguente:

Aggiungere di seguito al comma 2 dell'art. 5 della L. 33 del 23/3/2023 il seguente comma:

3. Il Governo è delegato ad adottare, entro il 30 giugno 2026, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, un decreto legislativo, nel rispetto delle competenze regionali, sulla compartecipazione alla spesa degli utenti dei servizi semiresidenziali, residenziali e domiciliari finalizzato ad assicurare l'equità, la sostenibilità e l'omogeneità nel territorio nazionale delle quote di compartecipazione alla spesa da parte degli anziani non autosufficienti che fruiscono dell'assistenza di lungo termine.

ALLEGATO

UN'IPOTESI DI CONVERGENZA TRA LE PROPOSTE DELLE REGIONI E DEL PATTO

Il punto di partenza

Il “Patto” aveva preparato, inizialmente, il seguente emendamento:

«All’art. 30, comma 1 lett. b) del DPCM 12 gennaio 2017, dopo le parole “attività di socializzazione e animazione.” aggiungere di seguito il seguente periodo:

“Nei trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale per soggetti non autosufficienti sono ricomprese anche le prestazioni di assistenza specifiche per persone anziane con diagnosi di demenza o altra patologia cronica che non richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore”.

Le Regioni (i tecnici regionali), avevano, in precedenza, elaborato il seguente emendamento:

«Art. 13-bis

(Interpretazione autentica dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730)

1. All'articolo 30, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, le parole: *"Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali"* sono da intendersi nel seguente modo: *"Sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle attività di rilievo sanitario anche se inscindibilmente connesse con quelle socio-assistenziali, ferme restando le disposizioni contenute nei provvedimenti relativi ai livelli essenziali di assistenza (LEA) che definiscono la ripartizione degli oneri per livelli di intensità e di compartecipazione alla spesa, previa valutazione multidimensionale e presa in carico da effettuarsi secondo le modalità definite dalle Regioni e Province Autonome”.*

La disamina dei testi

- Entrambi gli emendamenti perseguono **il medesimo obiettivo**.
- Entrambi gli emendamenti scelgono la via dell'**emendamento di tipo interpretativo**. Un approccio di questo tipo non introduce nuovi contenuti e non introduce nuovi oneri per la finanza pubblica, elementi questi che possono favorire la sua approvazione.
- L'emendamento del Patto interviene sul **DPCM 12/1/2017** relativo alla definizione dei LEA disponendo l'applicazione della contribuzione sanitaria del 50% relativamente ai costi residenziali delle persone anziane con diagnosi di demenza. Giova qui rilevare che il Decreto sui LEA, in quanto norma di attuazione costituzionale, si colloca al livello più alto nella gerarchia delle fonti normative, dopo le leggi costituzionali. L'emendamento delle Regioni interviene

invece sull'**art. 30 della Legge 27 dicembre 1983, n. 730**, una legge caduta in disuso perché superata dalla normativa successiva, con particolare riferimento ai decreti sui LEA, e perché si riferisce alla sola fattispecie dei quei comuni e regioni che decidono di delegare le attività di tipo socio-assistenziale alle Aziende sanitarie. Le regioni intervengono su questa norma perché la stessa viene costantemente richiamata dalle sentenze della Corte di Cassazione sulle rette delle persone con Alzheimer. Modificando la norma che regge le sentenze della Corte di Cassazione si elimina il supporto giuridico per le successive eventuali sentenze di quest'ultima. Con la proposta delle Regioni si interviene solo ed esclusivamente sulle sentenze della Corte di Cassazione, ma soprattutto non si risolve il problema con le famiglie che, pur non avendo mai presentato ricorsi, hanno smesso di pagare la retta perché hanno avuto notizia delle sentenze. Queste ultime oggi sono le situazioni largamente maggioritarie. Quasi tutte le strutture residenziali hanno almeno una famiglia che ha smesso di pagare la retta perché il proprio familiare ha l'Alzheimer e questo emendamento nel breve medio periodo non contrasterà questi comportamenti. L'emendamento del Patto invece intervenendo sulla norma chiave della ripartizione dei costi nelle strutture residenziali è in grado di risolvere definitivamente il problema.

- Quanto ai contenuti, l'emendamento del Patto chiarisce in modo esplicito che alle persone anziane con diagnosi di demenza (compreso l'Alzheimer) accolti nelle strutture residenziali di lungoassistenza si applica la ripartizione dei costi del 50%. L'introduzione di questa norma sarebbe in grado di superare gli attuali contenziosi giurisdizionali e di contrastare definitivamente i comportamenti delle famiglie che hanno smesso di pagare le rette.
- I contenuti dell'emendamento delle Regioni sono più complessi. La frase su cui si regge l'emendamento è molto contraddittoria per cui potrebbe produrre ulteriori contenziosi. Si dice infatti che *“Sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle attività di rilievo sanitario anche se inscindibilmente connesse con quelle socio-assistenziali”*. Il testo dell'emendamento ripropone il tema di come sia possibile definire esclusivamente gli oneri sanitari se questi sono inscindibilmente connessi con quelli socio-assistenziali senza che l'emendamento definisca come effettuare l'operazione della scissione. L'emendamento propone successivamente il giusto riferimento ai LEA e alla ripartizione dei costi in essi contenuti. In questo aspetto c'è un importante punto di contatto con l'emendamento del Patto anche se l'emendamento regionale non definisce quale sia l'impostazione da seguire fra le due ipotesi alternative proposte: quella del computo puntuale dei costi sanitari proposta dalla prima parte dell'emendamento o quella della ripartizione forfettaria al 50% dei costi proposta nella seconda parte dell'emendamento. Inoltre, nell'emendamento non si parla mai di demenza/Alzheimer che è il tema che si dovrebbe affrontare e risolvere. La terza parte dell'emendamento (*“previa valutazione multidimensionale e presa in carico da effettuarsi secondo le modalità definite dalle Regioni e Province Autonome”*) riprende integralmente i contenuti della prima parte dell'art. 30 del DPCM 12/1/2017 che sono ampiamente condivisibili.

Un'ipotesi di convergenza

I due emendamenti – del Patto e delle Regioni – pur perseguendo il medesimo obiettivo hanno una costruzione tecnica alternativa e ci sono anche aspetti contenutistici non coincidenti. **La sintesi positiva** fra i due emendamenti si può ottenere **concentrando l'attenzione sul punto in comune e cioè il riferimento ai LEA**. Questo significa intervenire sul Decreto sui LEA ma con una formulazione essenziale di tipo interpretativo aggiungendo il riferimento alla valutazione multidimensionale da effettuarsi secondo le modalità stabilite dalle singole Regioni/Province. Ecco di conseguenza il nuovo testo che si propone, già illustrato nel paragrafo 4 del testo:

«All'art. 30, comma 1 lett. b) del DPCM 12 gennaio 2017, dopo le parole “attività di socializzazione e animazione.” aggiungere di seguito il seguente periodo:

“Nei trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale per soggetti non autosufficienti sono ricomprese anche le prestazioni di assistenza specifiche per persone anziane con diagnosi di demenza, stabilite previa valutazione multidimensionale e presa in carico da effettuarsi secondo le modalità definite dalle Regioni e Province Autonome””.