

# LA NUOVA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

## ABSTRACT

Il cuore della Riforma in favore delle Persone con Disabilità avviata dalla Repubblica Italiana con la Legge Delega 227/2021 e con il Decreto 62 del 2024 è la valutazione multidimensionale, passaggio chiave che conduce alla costruzione del Progetto di Vita individualizzato e partecipato. In essa è contenuto l'elemento decisivo della svolta culturale, prima che metodologica: fonte del Progetto di Vita non sono i problemi della persona con disabilità, nell'insidioso algoritmo problema-soluzione, ma i suoi desideri, cioè le mete esistenziali che danno senso e direzione alla vita. L'articolo analizza come i desideri, individuati nell'ambito dei domini di Qualità della Vita, si intreccino con le problematiche cliniche e funzionali: da questo rapporto scaturisce la pianificazione dei sostegni, costruito ben più ampio rispetto a quello, limitato e strumentale, di terapia. Le terapie sono soltanto una forma di sostegno, mentre la natura esistenziale degli obiettivi spinge a rintracciare nella comunità la sorgente di infinite opportunità.

## *Premessa*

L'articolo 25 del Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 6<sup>1</sup>, dedicato alla valutazione multidimensionale, rappresenta un punto di svolta fondamentale nel modo di comprendere i bisogni delle persone e di costruire il loro "Progetto di Vita". Senza una chiara comprensione del cambiamento "nascosto" in queste righe il Progetto di Vita, che pure è lo scopo di tutto il percorso, rischierebbe di essere un nome nuovo per fare ciò che si è

1. Il decreto, in attuazione della Legge Delega 227/2021, è dedicato a "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato". Per approfondire in modo esaustivo i suoi contenuti è fondamentale vedere il *Manuale sul Progetto di Vita* di recente pubblicato dal Ministero della Disabilità (De Robertis, 2026).

sempre fatto, nel rispetto di quella tendenza alla conservazione che caratterizza l'essere umano, e dunque tutti i professionisti che operano nel campo dei servizi e dei sostegni.

L'articolo scompone il processo di valutazione in quattro fasi, tra loro interconnesse:

- a) nel rispetto dell'esito della valutazione di base, rileva gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative e definisce il profilo di funzionamento, anche in termini di capacità e performance dell'ICF, nei differenti ambiti di vita liberamente scelti;
- b) individua le barriere e i facilitatori negli ambiti di cui alla lettera a) e le competenze adattive;
- c) formula le valutazioni inerenti al profilo di salute fisica, mentale, intellettiva e sensoriale, ai bisogni della persona e ai domini della qualità di vita, in relazione alle priorità della persona con disabilità;
- d) definisce gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita, partendo dal censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati e dai loro obiettivi.

Per mettere in luce gli elementi di novità, anzi, di cambiamento (per certi aspetti radicale) è opportuno sottolineare alcuni aspetti: il punto di partenza, alcune apparenti ridondanze, la natura sostanziale, e solo poi sintattica, degli obiettivi, e infine l'ubiquità dei sostegni.

## 1. Il punto di partenza

Da dove parte la valutazione multidimensionale? Sino a poco tempo fa, e per molti probabilmente ancora oggi, essa trae origine dall'accertamento dei problemi della persona, allo scopo di pianificare interventi risolutivi, o per lo meno di contrasto alla loro ingravescenza. Nel primo caso, si tratta di guarigione/riabilitazione in senso stretto, consentita dall'ottimismo di possibili recuperi clinici e funzionali; nel secondo, invece, di mantenimento, nella previsione di poter limitare gli effetti, progressivi e invalidanti, del problema individuato.

L'abitudine a ragionare in questo modo potrebbe condurre anche a una costosa aporia, che spinge a protrarre interventi pretenziosamente "risolutivi" di fronte a problemi irrimediabilmente "cronici", nascondendo l'inutilità sotto il tappeto del "mantenimento". Da qui la possibile insensatezza di giorni e settimane, o al limite di vite (quando il contesto è quello residenziale) dove si passa da una terapia all'altra, come criceti in una ruota, in quello che Binswanger chiamava "il solito ritornello" (Binswanger, 1994).

Si tratta di una specie di invisibile algoritmo, sotteso al modo di ragionare di tutti i professionisti del sociale e del sanitario, e che nuovamente potrebbe essere riassunto nella diade problema-soluzione, o, più precisamente, problema-terapie. Gli esempi potrebbero essere infiniti: in una residenza per anziani l'accertamento di un decadimento cognitivo conduce alla pianificazione di interventi di stimolazione centrati di volta in volta sulla memoria o sull'orientamento; l'individuazione di un problema motorio in una persona non autosufficiente conduce alla prescrizione di interventi di fisioterapia, o, in una versione alternativa, di psicomotricità; l'*assessment* di difficoltà della comunicazione in una persona con disturbi del neurosviluppo spinge a programmare interventi

di riabilitazione della funzione verbale, o, di fronte all'impossibilità, di modalità non verbali, scelte in quanto equi-funzionali.

Il dispositivo metodologico di questo paradigma si rintraccia nel modo di costruire il Piano Individualizzato: a volte è Progetto Educativo (PEI), se gli interventi di recupero si trovano esclusivamente nell'ambito sociale e relazionale, a volte è Progetto Riabilitativo, se prevalgono gli aspetti funzionali, a volte è Progetto Assistenziale (PAI), se la dominante riguarda la salute e i bisogni primari, come spesso accade nell'ambito geriatrico.

È sbagliato? Certamente no. È completo? Ancora una volta no! Infatti, nessuno di questi interventi raggiunge il piano, fondamentale per gli umani, del senso degli interventi stessi, dei loro obiettivi veri, del loro scopo e significato nella vita della persona che ne è destinataria. Gli obiettivi, infatti, sono sempre *esistenziali*, e dunque nessun intervento clinico e/o funzionale può essere fine a se stesso: questo è il messaggio profondo della rivoluzione del Progetto di Vita. Non c'è alcuna perdita di dignità nell'affermare che le terapie sono sempre *strumentali*: esse costituiscono una delle tante forme di *sostegno* alla vita delle persone. Le terapie, dunque sono semplicemente una forma, spesso tecnicamente raffinata, di sostegno all'esistenza dell'uomo che versa in condizione di fragilità. Accanto ad altre forme di sostegno (come la relazione, la creazione di opportunità e le modifiche contestuali) rappresentano modi concreti per mettere l'uomo nelle condizioni di sperimentare i livelli più alti possibili di Qualità della Vita.

Ecco, dunque, il radicale cambiamento del punto di partenza: la valutazione multidimensionale non può avere come punto di partenza (e di arrivo, come vedremo) i problemi della persona, quanto i suoi desideri, ovvero l'insieme dei valori, priorità e preferenze che orientano e danno senso alla vita della persona stessa. Occorre dunque cautelarsi da una sorta di *invadenza* dello statuto dei problemi: essi balzano agli occhi nella loro evidenza e drammaticità, spesso perché hanno già messo in scacco la traiettoria esistenziale di chi ne è portatore. La prima cosa che vediamo in un anziano non è la sua voglia di vivere, ma la sua demenza, o la sua depressione; la prima cosa di cui ci accorgiamo quando incontriamo una persona con disabilità è la sua disabilità stessa, non la costellazione di valori che potrebbero dare senso a quella vita. La prima cosa che vediamo in una persona con una dipendenza non è il vuoto esistenziale che potrebbe persino averla causata, ma segni comportamentali che sono effetto di consumi inappropriati e patologici.

È necessaria, dunque, una profonda riforma dello sguardo umano e professionale, che restituisca ai problemi il loro statuto parziale, e orienti la tecnica verso uno sguardo più ampio e comprensivo, che riguarda il sostegno alla vita umana, in tutti i suoi bisogni, fisici, psicologici e spirituali.

## 2. Le apparenti ridondanze

L'itinerario della nuova valutazione multidimensionale, come tracciato dal Decreto 62/2024, contiene alcune apparenti ridondanze, che in realtà sono l'espressione di alcuni spunti fecondi per comprendere a pieno senso e obiettivi della metodologia di *assessment*.

La prima ridondanza riguarda il termine "obiettivi": alla lettera a) dell'art. 25 si chiede di *rilevare* gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative; in seguito, alla lettera d) del medesimo articolo si chiede di *definire* gli "obiettivi da rea-

lizzare con il progetto di vita”. Dunque, occorre chiedersi che differenza c’è tra *rilevare* e *definire* gli obiettivi, e ancora più precisamente tra gli obiettivi *rilevati* all’inizio del percorso di valutazione e gli obiettivi *definiti* alla fine del percorso stesso.

In questa differenza si gioca una dinamica profondamente umana: l’esistenza dell’uomo è ragionevolmente segnata dalla distanza tra la sfera dei desideri e quella degli obiettivi concretamente perseguibili. Proprio per questo, l’uomo è *sempre* progettualità, e *mai* compiutezza, e questo su più livelli: i valori per definizione non sono mai raggiungibili, mentre i desideri e le preferenze non sempre sono conseguibili, a causa delle multiformi contingenze personali e ambientali in cui versa l’esperienza umana.

Nella valutazione multidimensionale, tra obiettivi di vita desiderati e obiettivi definiti ci sono diversi oggetti, che in vario modo condizionano l’atto progettuale: il funzionamento della persona, con i suoi limiti e le sue competenze adattive; le barriere esistenti e i facilitatori disponibili; lo stato di salute, e infine i sostegni e le opportunità che possono essere individuati, mediante attenta ricognizione.

Ritorna in altra forma il tema della strumentalità non solo degli interventi, ma anche delle indagini a carattere clinico e funzionale: lo stato di salute e il funzionamento della persona vengono valutati non per pianificare obiettivi clinici e riabilitativi, ma per verificare se e come gli obiettivi di vita desiderati possono trasformarsi in obiettivi definiti. Il “*che cosa*” del progetto di vita è da ricondurre esclusivamente all’ambito dei valori, delle preferenze e dei desideri, mentre il “*come*” (e purtroppo a volte anche il “*se*”) può, e sovente anche deve, essere pianificato con sostegni di carattere clinico e riabilitativo.

Per fare un esempio, se una persona con disabilità desidera frequentare luoghi di ritrovo, come un *pub* o una palestra, la valutazione multidimensionale dovrà accertare se la persona stessa dispone delle abilità adattive necessarie, come ad esempio l’utilizzo di un mezzo di trasporto, la comunicazione verbale, le interazioni semplici, la capacità di maneggiare il denaro e di consumare cibi e bevande. Se una o più di queste abilità non fosse nel repertorio della persona con disabilità, allora si aprirebbe un ventaglio di possibili scelte:

- la pianificazione di sostegni funzionali: l’abilità assente o limitata diventa oggetto di un percorso abilitativo, con il vantaggio che questo tipo di intervento nasce già all’origine non come fine a se stesso, ma immediatamente finalizzato a un obiettivo di carattere esistenziale;
- la pianificazione di sostegni contestuali: l’abilità assente o limitata viene compensata dalla disponibilità di fattori ambientali, come ad esempio un accompagnatore, o una tecnologia assistiva;
- la rinuncia all’obiettivo desiderato, che per ragioni concrete non si trasforma in obiettivo definito.

La stessa dinamica vale anche per problematiche legate alla salute, come ad esempio la presenza di problematiche di salute mentale, che ostacolano la capacità sociale e relazionale, la disagia, che non lascia tranquilli su scelte autodeterminate riguardanti il cibo, oppure l’impaccio motorio o persino il rischio cadute. Alla stessa stregua, prima di rinunciare all’obiettivo, è possibile immaginare la pianificazione di terapie, strumentali a consentirne il raggiungimento, oppure, e con la massima serietà (e sulla base di evidenze), decidere di salvaguardare la salute, a dispetto di desideri, che devono essere

considerati come non perseguibili. L'intervento clinico, nello scenario del progetto di vita, assume dunque una duplice forma: *ad adiuvandum*, nel rendere possibili, mediante terapie, obiettivi che sono ostacolati da condizioni di salute; *ad impedendum*, nell'indicare in modo chiaro i rischi che la persona correrebbe seguendo quella determinata scelta esistenziale, in qualche modo vietandola.

In questo secondo scenario, tuttavia, il clinico dovrà *quasi* sempre confrontarsi con la persona stessa, oppure con il suo portatore di interessi: la rinuncia a un obiettivo, infatti, non può di per sé essere una scelta del professionista, ma della persona con disabilità, la quale, messa nella piena consapevolezza dei rischi che corre, potrà scegliere di proteggersi, astenendosi dal proprio desiderio. Solo nei casi in cui le problematiche cliniche della persona con disabilità la rendono pericolosa non per sé, o non solo per sé, ma per altri, allora, con una responsabilità deontologica ancora più gravosa, il clinico potrà decidere di escluderla da alcune esperienze esistenziali, assumendosi il peso di questo tipo di iniziative, con l'onere dimostrativo ad esse connesso.

Uscendo da questo tipo di situazioni per così dire straordinarie (anche se non così infrequenti) la valutazione multidimensionale prevede dunque una serie di "filtri", che aiutano a trasformare i desideri in mete esistenziali concrete e perseguibili, pianificando sostegni non solo in termini di opportunità, ma anche di percorsi clinici e riabilitativi, strumentali alla vita della persona.

Da qui si comprendono anche la seconda e la terza ridondanza.

La seconda apparente ridondanza riguarda il profilo di funzionamento, indicato nella prima fase della valutazione multidimensionale. L'espressione "profilo di funzionamento", infatti, è presente anche nella descrizione della cosiddetta *valutazione di base*, e precisamente al punto d) dell'art. 10 del decreto, dove si afferma. La stessa espressione si ritrova anche all'art. 2 (Definizioni), dove il profilo di funzionamento viene appunto definito come «descrizione dello stato di salute di una persona attraverso la codificazione delle funzioni e strutture corporee, delle attività e della partecipazione secondo l'ICF tenendo conto dell'ICD, quale variabile evolutiva correlata all'età, alla condizione di salute, ai fattori personali e ai determinanti di contesto, che può ricomprendere anche il profilo di funzionamento ai fini scolastici».

Occorre dunque domandarsi: il profilo di funzionamento è un elemento della valutazione di base, o della valutazione multidimensionale? Se invece esso è parte di ambedue, si sta parlando della stessa operazione? Insomma, si tratta di una ridondanza, oppure di una metodologia ricorrente, che, in un contesto differente, si trasforma per scopo e procedura? La risposta è la seguente: il profilo di funzionamento è un'operazione metodologica per così dire neutra, che per sua natura può assumere un contenuto e una traiettoria differenti, a seconda dello scopo della valutazione. Effettuare un profilo di funzionamento significa misurare le limitazioni nelle capacità della persona, ma quante e quali tra queste dipende dalla finalità che sovrintende e orienta il processo di valutazione.

È importante dunque individuare in che modo valutazione di base e valutazione multidimensionale si distinguono tra loro:

- La valutazione di base, appoggiata sui sistemi di classificazione (ICD e ICF), ha come obiettivo l'accertamento della condizione di disabilità, e dunque delle limitazioni in una o più capacità per così dire standard, essenziali alla vita quotidiana. Lo scopo della valutazione di base è l'attribuzione di tutti i diritti che conseguono alla condizio-

ne di disabilità, tra i quali in particolare l'accesso al procedimento amministrativo del Progetto di Vita, con tutti i potenziali sostegni ad esso collegati. La valutazione di base, dunque, è una sorta di soglia d'accesso (*gate assessment*): la presenza di una disabilità è l'origine di un diritto, e dunque "soltanto" l'inizio di un percorso, che entrerà nella fase significativa con la successiva fase della valutazione multidimensionale;

- La valutazione multidimensionale, appoggiata ai modelli di Qualità della Vita e alla valutazione delle preferenze, ha come oggetto l'individuazione dei bisogni (*need assessment*), avendo come scopo la costruzione del Progetto di Vita, articolato in obiettivi e sostegni, inclusi gli interventi sui contesti di vita. All'interno della valutazione multidimensionale occorre nuovamente mettere a punto un profilo di funzionamento, ma esso non riguarda più un set di abilità standard, essenziali alla vita quotidiana, ma le abilità che risultano funzionali agli "ambienti di vita desiderati". Per fare un esempio, se una persona con disabilità desidera andare al cinema, diventa necessario analizzare quali sono le abilità richieste da quel particolare tipo di ambiente, per confrontarle poi con le attuali capacità. Se dunque "andare al cinema" rappresenta l'obiettivo del Progetto di Vita, si renderà necessario valutare alcune abilità, come ad esempio "usare un mezzo di trasporto", "comunicare verbalmente", "utilizzare il denaro" e "acquistare una bevanda presso un locale". Se tutte queste abilità sono presenti, l'obiettivo del Progetto di Vita è immediatamente perseguibile, mentre se una o più di queste presentano limitazioni, occorrerà prevedere un intervento a carattere abilitativo, oppure il sostegno di un assistente personale, oppure ancora un accomodamento ragionevole.

Fase	Scopo	Oggetto della valutazione
<b>Valutazione di base</b>	Accesso ai sostegni ( <i>gate assessment</i> )	Set di abilità standard essenziali alla vita quotidiana
<b>Valutazione multidimensionale</b>	Costruzione del progetto di vita ( <i>need assessment</i> )	Abilità necessarie per gli ambienti di vita desiderati

La terza e ultima apparente ridondanza riguarda lo stato di salute: alla stessa stregua, esso compare sia nella valutazione di base che nella valutazione multidimensionale. All'art. 10 del Decreto, e cioè nell'ambito della valutazione di base, le lettere a) e b) prevedono l'accertamento e la verifica della condizione di salute della persona, descritta nel certificato medico introduttivo con i codici ICD, oltre alla valutazione delle durature e significative compromissioni dello stato di salute, funzionali, mentali, intellettive o sensoriali, in conformità alle indicazioni dell'ICF e tenendo conto dell'ICD. L'aggettivo "introduttivo" racconta lo scopo del certificato medico: la categoria ICD "introduce" la valutazione di base, che va oltre la categoria nosologica, arricchendosi con i codici ICF, allo scopo di "accertare" la disabilità.

Nell'ambito della valutazione multidimensionale lo stato di salute fisica, mentale, intellettiva e sensoriale non è più funzionale all'accertamento della disabilità, ma entra in relazione con le priorità della persona con disabilità, rappresentandone l'ostacolo o la condizione facilitante. La dimensione clinica (ed in precedenza quella funzionale) sono strumentali ad obiettivi esistenziali, di cui va accertata la possibilità o facilitato il raggiungimento.

### 3. La sintassi degli obiettivi e l'ubiquità dei sostegni

L'ultimo elemento della valutazione multidimensionale, previo alla definizione degli obiettivi, è il costrutto della Qualità della Vita, che qui non occorre approfondire, e che serve a orientare tutte le valutazioni, dando loro cornice e senso (Franchini, 2024). La natura esistenziale degli obiettivi, e la strumentalità della dimensione clinica e funzionale, tracciano una modalità di scrittura degli obiettivi stessi, oltre ad aprire uno scenario che moltiplica le potenziali fonti dei sostegni.

Gli obiettivi del Progetto di Vita (individualizzato, personalizzato e partecipato) devono avere come soggetto la persona stessa: è la sua vita in gioco, non l'esercizio di una professione! Inserire negli obiettivi espressioni del tipo "potenziare le capacità cognitive", "supportare la partecipazione" o "mantenere le abilità residue" significa non aver raggiunto il piano esistenziale del Progetto di Vita, mantenendosi nel perimetro confortevole delle prestazioni programmate o delle routine professionali. Infatti, nella sintassi di quelle espressioni il soggetto è il professionista, chiamato appunto a "potenziare", "supportare" o "mantenere".

Affermare in modo sistematico la persona con disabilità come soggetto degli obiettivi (rilevati e definiti) è un'indicazione sintattica che aiuta a orientare la rotta progettuale, senza lasciarsi fuorviare. Dopo aver rilevato i desideri, e averli confrontati con gli altri elementi della valutazione multidimensionale (profilo di funzionamento, stato di salute, Qualità della Vita) la definizione degli obiettivi avrà come soggetto sempre la persona, con espressioni del tipo: "G. andrà al cinema una volta alla settimana", "L. farà volontariato nell'associazione X", "P. cesserà di farsi del male", "R. stringerà nuove amicizie", e così via. Il linguaggio che descrive gli obiettivi dovrà poi evitare ogni forma di gergo iniziatico, tipico di alcune modalità di comunicazione professionale, come quando si utilizzano vocaboli come "cognitivo", "psicomotorio", "terapeutico" e così via, sorvegliando le parole, e mettendole alla prova della comprensione di tutti. Non dunque "stabilizzare il tono dell'umore", che è errore di soggetto (i professionisti) e di linguaggio (gergale), ma "C. proverà emozioni positive e riuscirà a dormire di notte".

La concretezza del linguaggio esistenziale dovrebbe giovare anche a rintracciare gli indicatori, cioè quelle "misure" (di frequenza, di presenza, di intensità, etc.) in grado di fornire informazioni sui risultati ottenuti, verificando e guidando successive possibili decisioni progettuali. Espressioni del tipo "migliorare la rete di relazioni" non sono verificabili, in quanto astratte e fumose, oltre che errate nel soggetto e nel linguaggio. Formulazioni del tipo "F. trova nuovi amici" sono al contrario immediatamente traducibili in un "numero", che diventa il segnale dell'efficacia del piano dei sostegni.

Posta la natura esistenziale degli obiettivi, i sostegni potranno essere i più diversi, e solo qui prevedere come "soggetto" i professionisti, oppure altre fonti di sostegno, presenti nella comunità. Il tutto potrebbe essere ricondotto a una semplice formula, o raccomandazione:

- soggetto degli obiettivi la persona con disabilità;
- soggetto dei sostegni ogni tipo di fonte, formale e non formale, come professionisti, volontari e più in generale risorse della comunità di appartenenza.

L'ubiquità dei sostegni spinge a uscire dal perimetro dei sistemi professionali, rintracciando nella comunità una potenziale ricchezza di opportunità, giacimento impensabile all'interno delle tradizionali strutture autorizzate. La quarta fase della valutazione multidimensionale prevede, a partire dal censimento dei sostegni già in atto, l'allineamento di ogni forma di intervento agli obiettivi del Progetto di Vita, a volte confermando, a volte rimodulando, a volte sostituendo quelli già in essere. In questo scenario si colloca uno sguardo più ampio rispetto a quello tradizionalmente rivolto all'offerta immediatamente disponibile: il percorso della valutazione multidimensionale si completa con un'approfondita analisi delle opportunità, possibile soltanto laddove è attivo un profondo lavoro di comunità, nel segno della co-programmazione e della co-progettazione.

## BIBLIOGRAFIA

Binswanger, L. (1994). *Il caso Suzanne Urban*. Venezia: Marsilio.

De Robertis, G. (2026). *Il progetto di vita. Tutto quello che c'è da sapere sulla riforma della disabilità e sul decreto 62/2024*. Ministero della Disabilità.

Franchini, R. (2024). Artefici della propria vita. Riflessioni pedagogiche sul "progetto di vita". *Spiritualità e Qualità della Vita*, 17/2024, 15-26.