

LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI DEGLI ANZIANI IN ITALIA E NEI PAESI OCS. LE INDICAZIONI PER L'ITALIA

ABSTRACT

L'articolo analizza i sistemi di valutazione dei bisogni assistenziali degli anziani in Italia e nei paesi OCSE, evidenziando il ruolo centrale della valutazione multidimensionale nell'ambito dell'assistenza a lungo termine. Tale approccio integra dimensioni funzionali, cognitive, sociali ed economiche, consentendo la definizione di interventi personalizzati e orientati alla qualità della vita. Il confronto internazionale mostra come molti Paesi adottino modelli valutativi più completi rispetto all'Italia, che risulta ancora caratterizzata da frammentazione territoriale e assenza di uno strumento nazionale unico. L'analisi mette in luce limiti e potenzialità degli strumenti regionali attualmente in uso. In conclusione, l'articolo sottolinea l'urgenza di introdurre un sistema nazionale standardizzato, basato su un approccio bio-psico-sociale, capace di garantire equità, appropriatezza degli interventi e migliore allocazione delle risorse.

1. I bisogni della popolazione che invecchia

Con l'invecchiamento, la salute fisica e mentale degli individui tende a peggiorare, con conseguenti potenziali difficoltà nello svolgimento di attività di routine, come vestirsi, fare la spesa o persino fare una passeggiata. Di conseguenza, alcune persone anziane necessitano di una serie di servizi di assistenza e cura personale, comunemente noti come assistenza a lungo termine o LTC.

I **servizi di assistenza a lungo termine (LTC)** aiutano le persone a vivere nel modo più indipendente e sicuro possibile quando non sono più in grado di svolgere autonomamente le attività quotidiane. Questi servizi soddisfano/si occupano di tre tipi di bisogni:

1. In primo luogo, le attività della vita quotidiana o ADL, sono un insieme di compiti di cura personale, come lavarsi, vestirsi e usare il bagno.

2. In secondo luogo, le attività strumentali della vita quotidiana o IADL, sono compiti necessari per poter vivere in modo indipendente nella comunità. Includono, per esempio, fare la spesa, occuparsi della casa e preparare il cibo.

3. In terzo luogo, oltre alle ADL e alle IADL, alcune persone non sono in grado di mantenere attività sociali in modo autonomo (ad esempio, incontrare gli amici, andare al cinema, ecc.), soffrono di deterioramento cognitivo e hanno altre limitazioni comportamentali. Ciò può portare all'isolamento sociale, che a sua volta può portare a depressione e deterioramento della salute fisica (Llena-Nozal et al., 2025).

La definizione di ADL e IADL è sostanzialmente simile nella maggior parte dei Paesi. Le attività di base della vita quotidiana (ADL) includono solitamente: igiene personale, vestirsi e svestirsi, alimentarsi e idratarsi, garantire l'igiene, spostarsi e mobilizzarsi, muoversi all'interno e all'esterno e comunicare.

Le attività strumentali della vita quotidiana (IADL) generalmente includono: preparare il cibo, fare la spesa, pulire la casa e il bucato, amministrare e gestire la proprietà, curare i pazienti, dedicarsi al tempo libero e socializzare.

2. Come si valutano i bisogni assistenziali degli anziani?

Per determinare il diritto di una persona all'assistenza a lungo termine (LTC) finanziata con fondi pubblici e il livello di supporto fornito occorre innanzitutto procedere con la valutazione multidimensionale.

La valutazione multidimensionale riveste un'importanza cruciale nel contesto dell'assistenza ai soggetti non autosufficienti, permettendo di andare oltre la semplice valutazione delle condizioni fisiche e mediche del paziente, ma includendo anche capacità cognitive, aspetti economici, necessità sociali e dell'ambiente di vita. Questa analisi consente ai professionisti operanti nell'ambito delle cure integrate di comprendere pienamente lo stato di salute e le esigenze di ciascun individuo, permettendo di formulare piani di assistenza dettagliati e personalizzati. Tramite i dati raccolti attraverso la valutazione multidimensionale, è possibile formulare un progetto di assistenza più preciso, individuare fattori di rischio e stabilire obiettivi di trattamento personalizzati. La programmazione basata sui dati facilita la pianificazione a lungo termine, consentendo ai caregiver e agli operatori sanitari di stabilire obiettivi realistici e misurabili nel tempo per il recupero, il mantenimento o il miglioramento della qualità della vita dell'assistito (OECD, 2024b).

Per la valutazione dei bisogni assistenziali, quasi tutti i paesi dell'OCSE includono, seppure in modo differenziato, alcuni o tutti i seguenti aspetti:

- la capacità di svolgere compiti di cura personale di base come lavarsi, vestirsi, mangiare e usare il bagno (attività della vita quotidiana - ADL);
- la capacità di svolgere nonché attività strumentali necessarie per la vita indipendente, come la gestione delle finanze, la somministrazione dei farmaci e la preparazione dei pasti (IADL);
- la capacità di svolgere attività sociali che, per esempio, è considerata fondamentale per una persona che vive da sola a casa (vedi Tab. 1).

Su 34 Paesi considerati, ben 25 nazioni utilizzano strumenti valutativi sia con le ADL che con le IADL. Ma la grandissima parte di queste nazioni aggiungono anche altri aspetti nella valutazione.

Tab. 1. OCSE. La valutazione dei bisogni assistenziali degli anziani. Completezza* e contenuti.

Nazioni	Completezza	Esigenze dettagliate considerate
Australia	Alta	Ampia gamma di esigenze, integrando strumenti di valutazione riconosciuti a livello nazionale e internazionale (ad esempio Scala di depressione geriatrica)
Austria	Media	ADL, IADL e deficit cognitivi
Belgio	Alta	ADL, IADL, deficit cognitivi, vita sociale e consapevolezza
Bulgaria	Bassa	ADL, IADL
Canada (Ontario)	Alta	InterRAI
Croazia	Bassa	Focalizzato sulle disabilità (solo ADL)
Rep. Ceca	Media	ADL, IADL
Cipro	Media	ADL, IADL
Danimarca	Alta	Capacità funzionale (indice di Barthel), IADL, deficit cognitivi, condizioni domiciliari e possibilità di autodeterminazione, indicazione al supporto riabilitativo
Estonia	Alta	ADL, IADL, ambiente psicologico (salute mentale) e sociale
Finlandia	Alta	Capacità funzionale, inclusi i bisogni cognitivi, mentali e sociali
Francia	Media	ADL, IADL (in alcuni dipartimenti vengono considerati i bisogni sanitari e sociali)
Germania	Alta	Mobilità, attività cognitive e comunicative, modelli comportamentali e problemi psicologici, autosufficienza, bisogni sociali, tra gli altri
Grecia	Bassa	Non ci sono indicatori specifici, la valutazione è legata al livello di invalidità in base alle malattie
Ungheria	Media	ADL, IADL, orientamento nel tempo e nello spazio, comportamento e comunicazione
Irlanda	Alta	ADL, IADL e attività cognitive, rischi nell'ambiente domestico e disponibilità di cure informali
Israele	Bassa	ADL
Italia	Bassa	Attività quotidiane (scala Katz), disturbi cognitivi, routine quotidiane e relazioni sociali
Giappone	Media	Attività quotidiane (ADL) (la maggior parte delle quali relative al funzionamento fisico), attività quotidiane intellettive (IADL), elementi relativi al funzionamento cognitivo, bisogni di salute
Corea S.	Media	ADL, IADL, funzionamento cognitivo, bisogni infermieristici
Lettonia	Bassa	ADL, IADL, comunicazione, comportamento, risoluzione dei conflitti
Lituania	Media	Mobilità, cura di sé, ambiente sociale, nutrizione, percezioni cognitive ed emotive
Lussemburgo	Alta	ADL, IADL, percezioni cognitive ed emotive, bisogni di salute
Olanda	Alta	Bisogni fisici, cognitivi, di salute, ambiente sociale e domestico, qualità della vita ed utilizzo dei servizi
Nuova Zelanda	Alta	Le strutture interRAI-HC e interRAI-LTC valutano le attività quotidiane (ADL), le attività quotidiane (IADL), i bisogni cognitivi ed emotivi
Polonia	Media	ADL, IADL, alcuni bisogni cognitivi e legati alla salute
Portogallo	Bassa	Indice di Barthel (solo ADL)

Romania	Alta	Indicatori funzionali, sensoriali e psico-emozionali
Slovacchia	Media	ADL, IADL
Slovenia	Alta	ADL, IADL, capacità cognitive, di comunicazione, comportamentali e di salute mentale, capacità di prendersi cura di sé, affrontare malattie e trattamenti, interazioni sociali
Spagna	Media	ADL, IADL e processo decisionale più ampio
Svezia	Alta	Standard ICL: ADL, IADL, cognizione, relazioni sociali, cura di sé, vita domestica, comunicazione
Regno Unito	Alta	ADL, IADL, bisogni cognitivi, sociali e sanitari
USA (Califor.)	Alta	ADL, IADL, bisogni cognitivi, sociali e sanitari

* Il criterio della “completezza” è trattato nel paragrafo 3. Fonte: Llana-Nozal et al., 2025.

Dieci Paesi, oltre alle ADL e alle IADL, aggiungono alla valutazione complessiva anche la valutazione delle attività cognitive ed eventuali deficit. Altre sei nazioni (Belgio, Estonia, Lussemburgo, Slovenia, Svezia, Regno Unito) completano il quadro valutativo aggiungendo (oltre alle capacità cognitive) anche la valutazione sulla capacità di svolgere attività sociali (Llana-Nozal et al. 2025).

Dunque, un numero crescente di Paesi sta ampliando gli aspetti sottoposti alle valutazioni dei bisogni di LTC per considerare esplicitamente le attività sociali e le capacità cognitive. Diversi Paesi hanno aggiornato i propri sistemi per tenere conto non solo delle disabilità fisiche, ma anche della salute mentale e cognitiva. Ad esempio, la Germania riconosce la demenza come una condizione che richiede un supporto significativo, anche in assenza di limitazioni fisiche (Pesaresi, 2025c).

Ai 25 Paesi che abbiamo citato sopra, se ne aggiungono poi altri 4 (Danimarca, Finlandia, Germania, Olanda) che pur non facendo esplicito riferimento alle ADL e alle IADL assumono indicatori che a questi si rifanno e che esprimono un sistema di valutazione che tiene conto dei tre elementi che abbiamo indicato nel paragrafo 1.

Ci sono poi altri due Paesi che si rifanno al sistema di valutazione InterRai, Ontario (Canada) e Nuova Zelanda, che comunque contengono al loro interno tutti i dati relativi alle ADL e alle IADL.

Solo i paesi senza una valutazione ufficiale o standardizzata dei bisogni non dichiarano esplicitamente di valutare le ADL e le IADL, come Grecia o Bulgaria.

3. La completezza della valutazione dei bisogni

L'OCSE ha provato a valutare la completezza delle valutazioni dei bisogni per determinare l'idoneità di una persona a ricevere sussidi e/o la tipologia e l'ampiezza del sostegno pubblico, individuando tre livelli di completezza: basso, medio e alto (Cfr. Tab. 1).

Per la categorizzazione sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- **Bassa completezza:** un paese viene classificato in questa categoria se la sua valutazione dei bisogni si concentra principalmente sulle limitazioni nelle attività della vita quotidiana (ADL), come la difficoltà a vestirsi o lavarsi in modo autonomo. Questa

focalizzazione limitata indica un approccio più ristretto alla valutazione dei bisogni di assistenza a lungo termine (LTC).

- **Media completezza:** un paese rientra in questa categoria se il suo processo di valutazione considera almeno sei attività quotidiane (ADL), oltre ad alcune attività strumentali della vita quotidiana (IADL). Ad esempio, le difficoltà nel preparare un pasto caldo o nell'assumere farmaci sono alcune delle limitazioni considerate. Questa categoria riflette un approccio più inclusivo poiché comprende una gamma più ampia di compiti funzionali rispetto al livello più basso.

- **Alta completezza:** un paese è classificato come completo quando la sua valutazione dei bisogni adotta un approccio olistico per determinare i bisogni di assistenza dei singoli individui. Ciò include la conduzione di una valutazione funzionale ampia, che comprenda un'ampia gamma di attività della vita quotidiana (ADL) e attività strumentali di vita quotidiana (IADL). Inoltre, la valutazione considera le limitazioni cognitive, comportamentali e/o sociali. Questa categoria si riferisce ai sistemi che, attraverso la loro valutazione dei bisogni, riconoscono la natura multidimensionale dei bisogni di LTC valutando non solo le limitazioni funzionali, ma anche quelle cognitive, comportamentali e sociali.

Quanto più completa è la valutazione dei bisogni, tanto meglio può riflettere l'intera portata delle circostanze individuali, delle capacità funzionali e delle dipendenze assistenziali e, in ultima analisi, migliorare l'equità identificando e affrontando condizioni più complesse. In questo modo, le valutazioni possono svolgere un ruolo cruciale nel rallentare il declino del benessere affrontando problematiche che vanno oltre l'assistenza di base, tra cui isolamento sociale, auto-abbandono, malnutrizione e disagio psicologico. Oltre a garantire che gli individui ricevano un supporto adeguato, una valutazione dei bisogni ben strutturata promuove anche un'allocazione delle risorse economicamente vantaggiosa, dando priorità agli interventi precoci per coloro che ne hanno più bisogno, il che può contribuire a mitigare la domanda di cure più intensive e costose nel lungo periodo (Pesaresi, 2025a, 2025b).

Nel complesso, la metà circa dei paesi dell'OCSE dispone di un sistema di valutazione dei bisogni assistenziali degli anziani che per completezza può essere definito alto. Alcuni Paesi, pertanto, valutano i bisogni in modo più completo rispetto ad altri.

4. Chi valuta i bisogni di assistenza a lungo termine

In molte nazioni europee (Austria, Croazia, Repubblica Ceca, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lettonia, Polonia, Portogallo, Romania, Repubblica Slovacca e Spagna) la valutazione viene eseguita da un operatore sanitario qualificato professionale¹ o da un infermiere o da un team multidisciplinare composto da almeno un professionista sanitario.

In Croazia, dal 2017, un gruppo di esperti determina il tipo e il grado di disabilità di una persona, presieduto da un medico e composto da almeno un medico e un esperto in disabilità con almeno due anni di esperienza ciascuno.

1. Gli operatori sanitari includono, ma non sono limitati a, medici, infermieri, psicologi, terapisti occupazionali, fisioterapisti.

In Lussemburgo, la valutazione può essere effettuata anche da un professionista sanitario o, in alternativa, da un assistente sociale. È infatti comune che la valutazione venga condotta da assistenti sociali, anche in paesi come Danimarca, Inghilterra, Estonia, Paesi Bassi, Slovenia e Svezia. La carenza di professionisti sanitari è una questione critica da considerare. La Svezia impiega assistenti sociali qualificati per svolgere le valutazioni, garantendo che queste siano gestite in modo efficiente senza aumentare ulteriormente il carico di lavoro del personale sanitario.

Altri Paesi hanno elaborato risposte alternative a questa carenza, basandosi sul certificato medico rilasciato da un medico di base e basandosi in larga misura sulla cartella clinica esistente del singolo individuo. Le autorità basano quindi la loro valutazione dei bisogni assistenziali su questa documentazione. Se le prove fornite non sono sufficienti a determinare il livello di bisogno, può essere condotta una valutazione formale dei bisogni. Questo approccio viene utilizzato per alcune prestazioni in paesi come l'Inghilterra (*Attendance Allowance*), la Finlandia (*Care Allowance*) e il Portogallo.

Alcuni paesi, infine, hanno previsto degli organismi indipendenti che valutano i bisogni di assistenza a lungo termine (LTC) per tutti o per alcuni dei servizi che esistono; è il caso, ad esempio, della Germania, per i servizi forniti dall'assicurazione LTC; o il caso dell'Olanda che ha previsto il Centro di Valutazione dei Bisogni Assistenziali (*Centrum Indicatiestelling Zorg*), un ente governativo indipendente. I valutatori indipendenti possono fornire valutazioni più oggettive, coerenti e imparziali, garantendo un accesso equo e giusto all'assistenza basato esclusivamente sui bisogni individuali.

In Italia, la valutazione dei bisogni viene valutata da un team che in genere vede la presenza di almeno un medico, un infermiere e un assistente sociale. Ma non di infrequente la composizione formale è più ampia mentre quella reale è più ristretta. La lezione per l'Italia, che vive al pari degli altri la carenza di alcune figure professionali, è quella di semplificare l'identificazione del team che valuta o dei professionisti che effettuano la valutazione a condizione però di poter disporre di uno strumento di valutazione affidabile e validato.

5. Le norme italiane sulla valutazione dei bisogni assistenziali degli anziani

Nel nostro Paese, la valutazione multidimensionale dei bisogni degli anziani è da tempo richiamata nella normativa in materia di non autosufficienza. Solo negli anni più recenti, tuttavia, l'attenzione del legislatore si è estesa anche agli strumenti operativi necessari per rendere effettiva tale valutazione. Tra i principali riferimenti normativi si segnalano:

- la legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di Bilancio 2022), che attribuisce alle unità di valutazione multidimensionale il compito di analizzare in modo integrato i bisogni clinici, funzionali e sociali della persona, nonché la sua capacità bio-psico-sociale, al fine di stimare il carico assistenziale necessario a garantire la permanenza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e benessere, riducendo al contempo isolamento sociale e ricoveri impropri;
- la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante deleghe al Governo in materia di politiche per le persone anziane, e il successivo decreto legislativo n. 29/2024, che demandano a

un ulteriore provvedimento l'individuazione di uno strumento nazionale di valutazione della non autosufficienza;

- il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) 2022-2024, che inserisce la valutazione multidimensionale tra le fasi essenziali per la costruzione di percorsi assistenziali integrati rivolti a persone non autosufficienti o con disabilità grave.

La normativa più recente sui servizi sociosanitari per gli anziani fa dunque esplicito riferimento all'introduzione di strumenti nazionali di valutazione multidimensionale come base per una lettura integrata dei bisogni sanitari e sociali. Tali strumenti dovrebbero orientare in modo unitario l'offerta dei servizi e sostenere la definizione di percorsi assistenziali personalizzati e integrati.

La valutazione multidimensionale rappresenta infatti un passaggio centrale nell'assistenza alle persone non autosufficienti, poiché consente di superare una visione esclusivamente clinica, includendo aspetti cognitivi, sociali, economici e ambientali. Questo approccio permette agli operatori delle cure integrate di avere una comprensione complessiva della situazione della persona e di predisporre interventi mirati e coerenti con i bisogni rilevati.

Nonostante ciò, ad oggi non è stato ancora definito uno strumento nazionale unico per la valutazione della non autosufficienza. Per affrontare consapevolmente questa fase di transizione, è utile delineare il quadro attuale delle esperienze in atto nel nostro Paese.

6. Strumenti di valutazione multidimensionale nelle regioni italiane

È opportuno innanzitutto ricordare che, in assenza di uno strumento nazionale, la valutazione delle condizioni e dei bisogni degli anziani è demandata alle regioni e alle province autonome. Lo strumento nazionale previsto dalla legge n. 33/2023, la cui approvazione era inizialmente attesa in tempi più ravvicinati, è stata rinviata dal recente Decreto Milleproroghe (dicembre 2025) a settembre 2026, mentre l'eventuale fase di sperimentazione dello strumento potrà avviarsi non prima del 1° gennaio 2027.

Nel frattempo, tutte le regioni italiane, con una sola eccezione, adottano strumenti di valutazione multidimensionale per l'analisi dei bisogni assistenziali delle persone non autosufficienti. Tuttavia, tali strumenti presentano differenze significative tra una regione e l'altra e, in alcuni casi, anche all'interno della stessa regione. Le diversità riguardano sia la popolazione target sia le tipologie di servizi per cui la valutazione è richiesta.

La Tab. 2 riporta gli strumenti di valutazione multidimensionale utilizzati per gli anziani non autosufficienti dalle regioni italiane. Però occorre anche aggiungere che oltre agli strumenti indicati nella Tab. 2, è utilizzato l'indice di Barthel in Abruzzo ed Emilia Romagna, il QVAD in Friuli-Venezia Giulia, il SOSIA nelle RSA in Lombardia, la scheda VITA nella P.A. di Bolzano e la certificazione di stadiazione e la scheda UVMDi - Valutazione e Progettazione Multidimensionale e Multiprospettica della Persona Adulta con Disabilità in Valle D'Aosta (OCSE, 2024a).

La maggior parte dei dati appena citati e di quelli inseriti nella Tab. 2 sono stati raccolti dall'OCSE con un questionario inviato alle regioni (OCSE, 2024a).

Tab. 2. Strumenti di valutazione multidimensionale degli anziani non autosufficienti in uso nelle regioni italiane

SVAMA	SVAMDI	InterRAI HC	ValGraf	RUG	AGED	Geriatric depression scale	Short portable mental status	Bina	Uno strumento regionale
Abruzzo	Abruzzo	Lazio	Friuli V. Giulia	Lazio	Liguria	Abruzzo	Abruzzo	Emilia Romagna	Lombardia
Calabria	Calabria	Lombardia		Marche		Lombardia			Piemonte
Campania	Lazio								Valle d'Aosta
Molise	Sicilia								
Puglia	Valle d'Aosta								
Sardegna									
Sicilia									
Trento									
Umbria									
Valle d'Aosta									
Veneto									

Fonte: ns elaborazione di OECD, 2024a; Decreto 97/2018 Campania; Regione Sardegna, D.G.R. 35/17 del 10/7/2018.

Per la valutazione multidimensionale degli anziani, la maggioranza delle regioni utilizza quindi la SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane). Gli altri strumenti di valutazione sono molto meno diffusi tra le regioni (Cfr. Tab.2). Il fatto che alcune regioni indicano più strumenti può dipendere dal fatto che vengono utilizzati per setting assistenziali diversi o per integrare la valutazione ottenuta con un solo strumento.

I più diffusi sono comunque la SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane) e la SVAMDI (Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità); entrambi gli strumenti di valutazione si basano sul concetto di disabilità identificato attraverso la classificazione ICF, che comprende i bisogni sanitari e sociali della persona, la sua capacità di eseguire le ADL e le IADL e il supporto che riceve dall'ambiente circostante. Infatti, lo strumento di valutazione SVAMA prende in considerazione l'autonomia fisica e mentale della persona, i bisogni sanitari e le limitazioni funzionali. Queste ultime sono misurate attraverso il bisogno di supporto per svolgere le attività della vita quotidiana (ADL) e le attività strumentali della vita quotidiana (IADL).

In genere gli altri strumenti sono diffusi al massimo in due regioni diverse a testimonianza di una grande diversificazione nella scelta degli strumenti di valutazione.

7. Le dimensioni indagate dagli strumenti di valutazione

Gli strumenti di valutazione indagano in misura molto variabile le seguenti dimensioni:

1. Dimensione sociale, economica e abitativa;
2. Dimensione funzionale e cognitiva;
3. Dimensione della salute fisica e mentale;
4. Dimensione del benessere generale e della socialità.

La raccolta sistematica di informazioni su queste aree consente agli operatori sanitari e sociali di costruire un quadro complessivo della condizione della persona, superando una lettura esclusivamente clinica e favorendo la personalizzazione dei piani assistenziali.

Un aspetto cruciale è la capacità di anticipare e prevenire l'evoluzione della condizione dell'assistito attraverso una gestione proattiva. Ad esempio, la valutazione della funzionalità cognitiva può rivelare segni precoci di deterioramento che richiedono interventi tempestivi per migliorare la qualità della vita del paziente. Inoltre, una valutazione accurata delle condizioni psicosociali e ambientali può contribuire a creare un ambiente di cura più adatto, riducendo il rischio di depressione, isolamento sociale e altri problemi correlati (OECD, 2024b).

Dimensione sociale, economica e abitativa

La valutazione sociale fornisce informazioni cruciali per comprendere il contesto di vita del soggetto non autosufficiente, offrendo una visione chiara sulle reti di supporto disponibili e su chi fornisce assistenza attiva, come familiari o personale privato. Anche la situazione economica ed abitativa viene attentamente considerata. Come si può vedere dalla Tab. 3, la quasi totalità delle regioni italiane raccoglie informazioni circa la situazione sociale, abitativa ed economica. Tuttavia, ci sono alcune eccezioni, rappresentate dalla scheda AGED (Assessment of geriatric disability), attualmente adottata dalla Liguria, e la scheda RUG III (Resource Utilization Groups III), di cui si avvale le Marche. La scheda AGED è pensata principalmente per indirizzare il paziente verso le collocazioni residenziali e semiresidenziali disponibili sul territorio mentre la scheda RUG III è invece nata specificamente per la valutazione degli ospiti collocati in strutture residenziali (OECD, 2024b).

Tab. 3 - Le dimensioni indagate dai diversi strumenti di valutazione

Dimensione indagata	Dimensione indagata adeguatamente	Dimensione indagata in modo insufficiente
Dimensione sociale, economica e abitativa	SVAMA; InterRAI-HC; BINAH; PAP; ValGraf; UVG; VITA	RUG III; AGED
Dimensione funzionale e cognitiva	SVAMA; InterRAI-HC; PAP; ValGraf; UVG; VITA	BINAH; RUG III; AGED
Dimensione della salute fisica e mentale	ValGraf; RUG III, PAP; BINAH	SVAMA; AGED; VITA
Dimensione del benessere generale e della socialità	InterRAI-HC; ValGraf; PAP. Meno: Svama; VITA, RUG; Aged	BINAH; UVG

Fonte: nostra elaborazione su dati OECD, 2024b.

Come risulta del tutto evidente alcuni strumenti di valutazione – come RUG III e AGED –, pur essendo validi nel loro settore di intervento, non forniscono una valutazione multidimensionale completa perché non hanno un approccio olistico in quanto non sono rivolti a tutta la popolazione anziana ma solo alle persone accolte o accoglibili nelle strutture residenziali.

Dimensione funzionale e cognitiva

Questi dati forniscono una visione delle capacità funzionali e delle esigenze di assistenza di ciascun individuo, permettendo ai professionisti sociosanitari e sociali di pianificare interventi personalizzati sui bisogni e di monitorare l'evoluzione delle condizioni fisiche e cognitive nel tempo. La valutazione accurata delle ADL e IADL è cruciale per identificare precocemente eventuali declini funzionali, prevenire incidenti domestici e ridurre il rischio di ospedalizzazione. Alcune schede, come BINAH, RUG III e AGED, infatti, non coprono in maniera dettagliata ed esaustiva le attività della vita quotidiana (ADL) e mancano di fornire una visione complessiva delle capacità funzionali degli individui non autosufficienti. La scheda BINAH, per esempio, indaga l'aiuto necessario al soggetto per svolgere genericamente le ADL, ma senza valutare separatamente le singole attività come mangiare, lavarsi, vestirsi, etc., compromettendo la possibilità di identificare con precisione le aree di bisogno (OECD, 2024b). La scheda RUG III, pur essendo molto diversa da BINAH e da AGED, come strumento di valutazione generale soffre invece del fatto di essere nata specificamente per la valutazione degli ospiti collocati in strutture residenziali (dove è molto efficace).

Dimensione della salute fisica e mentale

Gli strumenti più completi sotto il profilo sanitario risultano essere ValGraf, RUG III e PAP, che coprono in maniera estesa le principali aree di valutazione. Molti strumenti includono informazioni su linguaggio, udito e vista, mentre aspetti altrettanto rilevanti, come equilibrio e rischio di caduta, non sono sempre considerati.

Per quanto riguarda la salute mentale, non tutti gli strumenti approfondiscono in modo adeguato gli aspetti psicologici e comportamentali. ValGraf si distingue per l'ampiezza delle informazioni raccolte, includendo depressione, ansia, deliri, disturbi del sonno e comportamenti aggressivi. Altri strumenti, come RUG III, UVG, interRAI-HC e PAP, forniscono una sintesi utile, seppur meno dettagliata. BINAH si limita a una valutazione molto generica, mentre SVAMA, AGED e VITA non esplorano questo ambito (OECD, 2024b).

Dimensione del benessere generale e della socialità

La solitudine e l'isolamento sociale rappresentano fattori di rischio rilevanti per numerose patologie, incluse quelle cognitive e depressive. Quasi tutti gli strumenti, ad eccezione di BINAH e UVG, raccolgono almeno alcune informazioni sull'integrazione sociale, sulle attività svolte e sul benessere emotivo della persona.

Alcuni strumenti, in particolare interRAI-HC, ValGraf e PAP, valutano anche il carico assistenziale del caregiver principale, consentendo di individuare precocemente situazioni di stress e di programmare interventi di supporto adeguati (OECD, 2024b).

8. Conclusioni e indicazioni per l'Italia

L'Italia, secondo l'OCSE, purtroppo viene considerata come un Paese con un sistema di valutazione con un basso livello di completezza. Ha pesato sicuramente in questo il fatto che in Italia non c'è ancora un sistema nazionale di valutazione.

Oggi però l'Italia ha una opportunità importante per riformare e migliorare il sistema

della valutazione dei bisogni assistenziali degli anziani perché la Legge Delega 33/2023 prevede un nuovo processo di valutazione delle condizioni dell'anziano, suddividendolo fra due valutazioni, tra loro collegate: una - nuova - di responsabilità statale e una a titolarità locale, che rimane invariata rispetto a oggi. Molto più controverso è il ruolo del successivo decreto legislativo attuativo n. 29/2024 che non facilita l'attuazione della legge.

La nuova Valutazione multidimensionale unificata (VAMU) che stiamo aspettando assorbirà tutte le diverse valutazioni attualmente vigenti per ricevere le prestazioni nazionali (ad esempio invalidità civile, indennità di accompagnamento, benefici della legge 104/92, esenzione dal ticket, presidi e ausili) in un'unica valutazione, realizzata con uno strumento valutativo di nuova generazione.

Decisiva è la disponibilità di uno strumento di VAMU che sia in grado di fornire tutte le informazioni per una valutazione unica e che quindi sia in grado valutare e graduare la non autosufficienza e la invalidità e disabilità. Lo strumento di valutazione multidimensionale, che dovrà essere approvato in attuazione della legge di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (L.33/2023) dovrà pertanto essere standardizzato, digitalizzato, informatizzato e soprattutto globale (approccio bio-psicosociale, ecc.) in modo tale che sia ad alta completezza, in linea con i migliori standard internazionali, e in grado di classificare gli anziani in profili omogenei di fabbisogno assistenziale. Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti gli strumenti di valutazione multidimensionale adottati dalle regioni italiane non sono in grado di rispondere a tutte le esigenze di ogni contesto assistenziale. Alcuni degli strumenti adottati sono focalizzati sull'assistenza domiciliare, altri sull'assistenza residenziale ed altri ancora su quella domiciliare e residenziale.

Ogni strumento presenta dunque punti di forza e limiti specifici, legati al contesto per cui è stato progettato. Ciò non ne invalida l'utilità, ma ne condiziona l'efficacia quando viene applicato a situazioni diverse da quelle di riferimento. Appare quindi necessario disporre di strumenti maggiormente orientati a una valutazione globale, capaci di coprire in modo coerente i diversi setting assistenziali.

In particolare, per una pianificazione efficace degli interventi domiciliari, risulta preferibile l'utilizzo di strumenti con un approccio olistico, più sensibili alla rilevazione dei bisogni legati solamente alle ADL e alle IADL, elementi chiave per garantire un'assistenza adeguata alle persone non autosufficienti (OECD, 2024b). L'attuale eterogeneità degli strumenti regionali, invece, può contribuire a generare disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

È inoltre fondamentale che il futuro strumento nazionale sia in grado di classificare la non autosufficienza su più livelli, rappresentando in modo accurato la progressiva compromissione delle autonomie e consentendo una graduazione del fabbisogno assistenziale.

A queste esigenze dovrebbe rispondere il nuovo strumento nazionale di valutazione della non autosufficienza degli anziani che dovrà essere identificato ed approvato con Decreto in base alla legge 23 marzo 2023, n. 33 (Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane) ed il successivo D. Lgs. 29/2024 di attuazione della Legge.

L'aspettativa è grande.

BIBLIOGRAFIA

Costenoble, A., Knoop, V., Vermeiren, S., et al. (2021). A Comprehensive Overview of Activities of Daily Living in Existing Frailty Instruments: A Systematic Literature Search. *The Gerontologist*, 3, 61(3), e12-e22.

Katz, S (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatric Society*, 31, 12, 721-727.

Llena-Nozal, A., Araki, S. e Killmeier, K. (2025). Needs assessment and eligibility criteria in long-term care: how access is managed across OECD countries. *OECD Health working papers*, 181/2025.

OECD (2024a). *Un'analisi dello stato di integrazione dei servizi di assistenza socio-sanitaria a domicilio*, OECD.

OECD (2024b). *Una proposta di modello di intervento per promuovere l'integrazione degli interventi sanitari e sociali a domicilio per persone non autosufficienti*, OECD.

Pesaresi, F. (2025a). *Come si valuta la non autosufficienza in Francia?*, Welforum. Disponibile da: <https://www.welforum.it/come-si-valuta-la-non-autosufficienza-in-francia/> (u. a. 25/04/2026).

Pesaresi, F. (2025b). *La valutazione della non autosufficienza in Spagna*. Welforum. Disponibile da: <https://www.welforum.it/la-valutazione-della-non-autosufficienza-in-spagna/> (u. a. 25/04/2026).

Pesaresi, F. (2025c). *La valutazione della non autosufficienza in Germania*. Welforum. Disponibile da: https://francopesaresi.blogspot.com/2025/11/la-valutazione-della-non_26.html (u. a. 25/04/2026).

Pesaresi, F. (2025d). *Come si valutano i bisogni assistenziali degli anziani nei paesi OCSE*, Welforum. Disponibile da: <https://www.welforum.it/come-si-valutano-i-bisogni-assistenziali-degli-anziani-nei-paesi-ocse/> (u. a. 25/04/2026).

Regione Campania, DECRETO del Commissario ad Acta N. 97 del 16/11/2018: Assistenza socio-sanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3). Attuazione Programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017.

Regione Sardegna, D.G.R. 35/17 del 10/7/2018: *Linee di indirizzo sui profili assistenziali delle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e delle Cure Palliative Domiciliari (CPD)*.

Regione Sardegna, D.G.R. 33/12 del 30/6/2015: *Linee guida per la valutazione multidimensionale, il finanziamento e il monitoraggio dei piani personalizzati* (legge n. 162/1998).