

Come si valuta la non autosufficienza in Francia?

Franco Pesaresi, | 20 ottobre 2025

Questo è il primo di una serie di cinque articoli sulla valutazione dei bisogni degli anziani in Italia e all'estero. Gli altri casi finora presentati sono visualizzabili qui: [Spagna](#), [Germania](#).

La valutazione dei bisogni rimane il punto partenza, insieme all'accesso, della presa in carico delle persone non autosufficienti. Le diverse nazioni hanno affrontato questo tema con differenze importanti relative all'esistenza o meno di strumenti di classificazione delle persone in base al loro livello di autonomia, alla composizione del team che la effettua e al legame con il tipo di servizio che verrà offerto e supportato.

In Italia, il tema è particolarmente attuale perché la 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 affidano ad un ulteriore decreto il compito di individuare lo strumento nazionale di valutazione della non autosufficienza degli anziani.

Per questo potrebbe essere utile cercare di capire che cosa succede negli altri paesi a questo proposito. Questo primo articolo si occupa della Francia.

La valutazione della non autosufficienza in Francia

La valutazione del grado di perdita di autonomia viene effettuata da un'équipe medico-sociale del Dipartimento territoriale. L'équipe è composta da più figure professionali con diversa formazione: medici, assistenti sociali, infermieri, personale amministrativo, ecc. La sua composizione varia a seconda del Dipartimento territoriale di competenza.

Generalmente, solo un membro del team si reca a casa dell'utente per valutare i bisogni della persona nel suo ambiente. Tale valutazione porta alla classificazione in una fascia di dipendenza (attribuzione di un GIR) e alla definizione di un piano di assistenza, che indica il numero di ore di assistenza necessarie alla persona valutata, nonché l'eventuale necessità di ausili tecnici. Si può tenere conto anche dell'ambiente in cui vive l'anziano, ad esempio della presenza del coniuge e dell'aiuto informale che può fornire.

Il Codice dell'Azione Sociale e della Famiglia (CASF) prevede ora che "l'équipe medico-sociale del dipartimento valuta il grado di perdita di autonomia della persona attraverso la griglia AGGIR e valuta la situazione e i bisogni del richiedente e di chi lo assiste e sulla base di un quadro di riferimento multidimensionale". La valutazione multidimensionale che affronta la situazione della persona in modo globale (attività quotidiane, ambiente, habitat, sostegni erogati, progetti e aspirazioni della persona) non è tuttavia vincolante e non è ancora fatta propria da tutti gli attori. Il suo utilizzo dovrebbe essere ulteriormente incoraggiato.

La griglia AGGIR

In Francia, la valutazione dei bisogni dell'anziano e del suo piano di assistenza all'autonomia viene effettuata utilizzando la griglia AGGIR (gruppo autonomia-gerontologia-iso-risorse). Aggir classifica gli anziani in base al loro livello di capacità o incapacità di svolgere le azioni della vita quotidiana. La griglia si articola su 6 livelli, dal GIR 1 corrispondente agli individui con maggiore perdita di autonomia al GIR 6 corrispondente agli individui autonomi. Chi viene classificato nei gruppi iso-risorse GIR da 1 a 4 hanno diritto all'assegno di autonomia personalizzato (APA).

La griglia AGGIR è uno strumento semplice di classificazione iso-risorse degli anziani che la Francia ha adottato alla fine degli anni '90. Il sistema AGGIR è costruito con dieci indicatori di autonomia indicati nella tab. 1. Per ogni item è possibile assegnare un codice riferito rispettivamente alla capacità di svolgere quella particolare funzione abitualmente o in modo indipendente (A), solo parzialmente (B) o mai (C). Al codice si arriva dopo aver risposto se le varie funzioni vengono eseguite "spontaneamente", "totalmente", "correttamente" o "abitualmente". Quattro SI corrispondono al codice A, 4 NO

corrispondono al codice C; per la risposta negativa ad alcune specifiche domande viene assegnato il codice C (Cfr. Tab. 1) (Pesaresi, 2015).

Tab.1 – Griglia Aggr – Gruppi isorisorse di autonomia geriatrica

[caption id="attachment_54832" align="alignnone" width="827"]

n.	Variabili discriminanti	specifiche	Codice		
			A	B	C
1	<i>Comunicazione coerente:</i> Conversa e si comporta in modo logico e coerente				
2	<i>Orientamento:</i> È orientato nel tempo e nello spazio				
3	<i>Igiene personale:</i> È in grado di pettinarsi, farsi la barba, lavarsi al tronco e al viso (alto) e sotto la vita (basso)	alto basso			
4	<i>Abbigliamento:</i> È in grado di scegliere i vestiti, vestirsi, spogliarsi al tronco (alto) agli arti inferiori (basso) o di chiudere e di aprire bottoni e cerniere (medio)		Alto		
5	<i>Alimentazione: servirsi, mangiare:</i> È in grado di servirsi (prendere dal piatto, tagliare) e mangiare alimenti preparati	Servirsi mangiare	Medio		
6	<i>Evacuazione urinaria e fecale:</i> È in grado di gestire in modo autonomo le sue funzioni		basso		
7	<i>Trasferimenti:</i> È in grado di spostarsi da solo dal letto alla poltrona, carrozzina, ecc.		Servirsi		
8	<i>Spostamenti interni:</i> Autonomo nei movimenti all'interno, anche se con deambulatore o carrozzina		mangiare		
9	<i>Spostamenti esterni:</i> Autonomo nei movimenti all'esterno , anche se con carrozzina, e nell'uso dei mezzi pubblici				
10	<i>Comunicazione a distanza:</i> Utilizza gli strumenti di comunicazione: telefono, citofono, campanello.				

Note: I codici vanno compilati seguendo le seguenti istruzioni: Codice A quando la funzione viene svolta abitualmente in modo indipendente; Codice B quando la funzione viene svolta occasionalmente o con aiuto parziale; Codice C quando la funzione non viene svolta mai autonomamente, o solo con aiuto completo. Fonte: Brizioli et al, 2002 (modificato).[/caption]

La diversa combinazione dei vari codici A, B e C, consente di raggruppare i pazienti in 6 gruppi isorisorse (Cfr. Tab.2).

Tab.2 – Descrizione dei 6 gruppi iso-risorse Aggr

GIR	Descrizione
GIR 1	Persone confinate a letto o in poltrona le cui funzioni intellettuali sono gravemente alterate e che necessitano una presenza indispensabile e continua dei caregiver. In questo gruppo si trovano le persone in fin di vita.
GIR 2	Persone le cui funzioni mentali non sono totalmente alterate, ma che necessitano di una sorveglianza permanente e di azioni di aiuto durante il giorno e la notte; oppure persone le cui funzioni mentali sono alterate ma che hanno conservato la loro capacità di muoversi.
GIR 3	Persone che hanno conservato la loro autonomia mentale e parzialmente la loro autonomia locomotrice ma che necessitano quotidianamente e più volte al giorno di aiuti per la loro autonomia corporale.
GIR 4	Persone che non hanno problemi locomotori ma che debbono essere aiutati per le attività corporali. Persone con problemi locomotori che debbono essere aiutate per le attività corporali ma che si alimentano da sole.
GIR 5	Persone che sono in grado di muoversi all'interno del loro alloggio e che si alimentano e si vestono da sole. Necessitano di un aiuto puntuale per la toilette, la preparazione dei pasti e per la casa.

GIR 6 Persone che non hanno perduto la loro autonomia per gli atti di vita quotidiana.

Fonte: CNAMTS (2004); (Pesaresi, 2015)

La rilevanza dell'utilizzo della sola griglia AGGIR è tuttavia messa in discussione da diversi anni, in quanto non tiene sufficientemente conto di tutte le dimensioni della vita della persona, sottovaluterebbe il peso delle malattie neurodegenerative ed è soggetta a una grande variabilità di utilizzo tra i diversi Dipartimenti.

La griglia Aggir viene anche e soprattutto usata per stabilire le persone che possono beneficiare dell'Assegno personalizzato di autonomia (APA) che viene erogato a chi viene classificato nella classe GIR1, GIR2, GIR3 e GIR4 e a cui viene erogato un assegno graduato in relazione al livello di non autosufficienza. La tab. 3 indica la distribuzione dei diversi livelli di gravità della popolazione che beneficia, sia in struttura che a domicilio, dell'assegno personalizzato di autonomia (Cfr. Tab.3).

Tab. 3 – Ripartizione % in gruppi GIR dei beneficiari dell'assegno di autonomia personalizzata a domicilio e in struttura residenziale al 31/12/ 2018

	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	TOTALE
In struttura residenziale					
65-69 anni	12,9	39,6	18,4	29,2	100,0
70-74 anni	14,1	42,6	18,6	24,8	100,0
75-79 anni	14,8	45,7	17,0	22,4	100,0
80-84 anni	15,2	45,5	16,9	22,4	100,0
85-89 anni	15,4	43,4	17,6	23,5	100,0
90-94 anni	14,6	42,8	18,3	24,3	100,0
95 anni o più	17,1	42,2	17,8	23,0	100,0
A casa					
65-69 anni	1,4	13,9	18,2	66,5	100,0
70-74 anni	2,0	15,8	19,1	63,1	100,0
75-79 anni	2,3	16,6	19,8	61,3	100,0
80-84 anni	2,3	16,1	20,7	60,9	100,0
85-89 anni	2,3	16,5	22,7	58,5	100,0
90-94 anni	2,8	18,8	25,7	52,7	100,0
95 anni o più	4,3	25,3	28,2	42,1	100,0

Fonte : Drees, enquête Aide sociale

Bibliografia

- Brizioli E., Ferrucci L., Masera F., Grechi F., "Sistemi di remunerazione e di analisi del case-mix delle RSA" in Trabucchi M., Brizioli E., Pesaresi F., (a cura di), *Residenze sanitarie per anziani*, Il Mulino, Bologna 2002.
- CNAMTS, *Le modèle AGGIR - Fiche simplifiée d'évaluation*, 2004.
- Cram Aquitaine, *Guide sur la réforme des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, 2005.
- HCSEA, *Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées*, Paris, 2019.
- KPMG, *Observatoire des Ehpad*, Paris, 2014.
- Pesaresi F., *Quanto costa l'RSA?*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2015.