

La valutazione multidimensionale degli anziani in Italia

Franco Pesaresi, | 12 febbraio 2026

Questo è il quinto di una serie di cinque articoli sulla valutazione dei bisogni degli anziani in Italia e all'estero. I precedenti casi sono visualizzabili qui: [Francia](#), [Spagna](#), [Germania](#), [Italia](#)

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.

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. 1 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. 1, 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. 1 sono stati raccolti dall'OCSE con un questionario inviato alle regioni (OCSE, 2024a).

Tab. 1. 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	Binah	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. (Una regione ha dichiarato di non avere uno strumento regionale adottato e una provincia autonoma non ha risposto.)

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.1). 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.

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). 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 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. 2, 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. 2 – 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.	BINAH; UVG
	Meno: Svama; VITA, RUG; Aged	

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).

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).

Conclusioni

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

- OECD, Un'analisi dello stato di integrazione dei servizi di assistenza sociosanitaria a domicilio, Trento, 2024a.
- OECD, Una proposta di modello di intervento per promuovere l'integrazione degli interventi sanitari e sociali a domicilio per persone non autosufficienti, Trento, 2024b.
- [Pesaresi F., Come si valuta la non autosufficienza in Francia?, Welforum, 20/10/2025a](#)

- [Pesaresi F., *La valutazione della non autosufficienza in Spagna*, Welforum, 6/11/2025b](#)
- [Pesaresi F., *La valutazione della non autosufficienza in Germania*, Welforum, 26/11/2025c](#)
- [Pesaresi F., *Come si valutano i bisogni assistenziali degli anziani nei paesi OCSE*, Welforum, 9/12/2025d](#)
- Regione Campania, DECRETO del Commissario ad Acta N. 97 DEL 16.11.2018: Assistenza sociosanitaria 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).