

I fattori di contesto e la rappresentazione dei sistemi di assistenza domiciliare integrata

Claudio Travaglini

(Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Aziendali e CRIFSP – Centro di Ricerca e Formazione sul Settore Pubblico, claudio.travaglini@unibo.it)

Il presente contributo è sviluppato a partire dal contributo “*Un modello di lettura e classificazione dei sistemi di assistenza domiciliare*” (<https://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/7293>) e propone un rinnovato e perfezionato modello di lettura e classificazione dei sistemi di Assistenza Domiciliare Integrata, basato sulle informazioni raccolte dal flusso del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD). Questo modello di lettura riesce a rappresentare la diversità del modo in cui il servizio è erogato su uno specifico territorio: si sviluppa un panel di otto indicatori (DPU, CNF, CPU, RGC, ECA, DAE, CIA e ARA) per descrivere popolazione, territorio, nuclei familiari, età degli assistiti e modo in cui l'assistenza è erogata nel rapporto tra assistiti, episodi, accessi domiciliari.

Salvo eventuali più ampie autorizzazioni dell'autore, il contributo può essere liberamente consultato e può essere effettuato il salvataggio e la stampa di una copia per fini strettamente personali di studio, di ricerca e di insegnamento, con espresso divieto di qualunque utilizzo direttamente o indirettamente commerciale. Ogni altro diritto sul materiale è riservato.

DOI: <https://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/7416>

4. Fattori di contesto e rappresentazione del sistema di assistenza domiciliare

4.1 – Fattori di contesto dell’Adi e sistema degli indicatori di rappresentazione

La normativa nel DM 77 si propone di **“individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell’assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale.”**

Per individuare tali standard è necessario sviluppare **indicatori¹ sintetici espressivi** dell’assistenza domiciliare erogata **su un territorio ad una popolazione**; tali criteri di riferimento sono comunemente intesi nella **assistenza ai residenti od agli assistiti domiciliati** sul territorio² su cui operano le équipes domiciliari³.

L’analisi dei sistemi di Adi proposta nella trattazione seguente si basa sul confronto tra **gli indicatori del sistema territoriale** (comune, distretto, azienda sanitaria) **ai medesimi indicatori del territorio più ampio** (distretto, azienda, regione, nazione) **o di un periodo precedente** oppure ai **valori teoricamente possibili dei medesimi indicatori**.

Dalla **aggregazione degli indicatori** aventi ad oggetto **l’accesso, l’episodio di cura o l’assistito** possiamo trarre **indicatori riferibili ad aggregati di episodi di cura o assistiti quindi relativi ad un servizio erogato ad una popolazione su un territorio**.

Il processo di rappresentazione e valutazione si propone in modo costruttivista e **gli indicatori sviluppati, composti a sistema e rappresentati graficamente** vanno intesi come una prima fase di sviluppo da sottoporre alla verifica di applicazione sul campo.

Territori, popolazioni e bisogni a cui rispondere con l’erogazione dell’Adi possono essere significativamente diversi: la rappresentazione e la valutazione del servizio va preceduta dalla **contestualizzazione⁴ delle condizioni in cui esso viene erogato** attraverso la considerazione di alcune condizioni ambientali⁵ rappresentate da:

- a) modelli di insediamento sul territorio della popolazione**
- b) struttura della popolazione e delle famiglie**
- c) presenza e livello del Servizio di Assistenza Domiciliare**
- d) complessità media degli assistiti trattati in assistenza domiciliare.**

¹ Si definisce un indicatore come “una misura sintetica, in genere espressa in forma quantitativa, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l’andamento del fenomeno cui è riferito” Anthony

² Allo scopo di regolare i rapporti finanziari “della mobilità dell’assistenza domiciliare” sono stati definiti criteri per la definizione dei rimborsi da corrispondere da parte delle regioni di residenza alle regioni in cui l’assistenza è erogata.

³ I riferimenti territoriali e di popolazione sono importanti per l’univocità dei parametri di calcolo degli indicatori

⁴ Proponiamo alcuni fattori di contesto e ci auguriamo che altri possano scaturire dal contributo di studiosi ed operatori assieme alla quantificazione di come essi debbano essere considerati a rettifica delle performance espresse.

⁵ L’assistenza domiciliare, l’infermiere di famiglia e di comunità, come tutti i servizi territoriali, devono prendere in carico l’assistito “nel suo ambiente di vita, familiare e di lavoro” adeguandosi ai suoi ritmi, mentre il ricovero (anche in day-hospital) richiede all’assistito di interrompere per un periodo le proprie occupazioni ordinarie per perseguire il recupero della propria salute, considerato in quel momento non solo prioritario ma anche incompatibile con l’ambiente familiare

Per quanto concerne i **modelli di insediamento sul territorio** possiamo considerare la **densità di popolazione o meglio la densità di popolazione ultrasessantacinquenne**⁶ considerando che ad una minore densità di popolazione corrisponda **maggiore distanza media da percorrere tra accessi e maggiore impegno, tempo e costo dell'Adi**: ciò va considerato negli standard di servizio, evitando confronti tra situazioni disomogenee⁷.

Il **perseguimento dell'equità di accesso ai servizi** consiglia inoltre **una maggiore assistenza domiciliare in territori meno densamente popolati** in cui insistono minori servizi per erogare in tale forma prestazioni che in aree più densamente popolate sono fruibili presso i presidi territoriali (si pensi ai prelievi venosi) in forma ambulatoriale facendo muovere gli operatori al domicilio piuttosto che gli assistiti verso i presidi.

Quanto all'influsso di **struttura di popolazione e composizione delle famiglie** dobbiamo tenere conto che a parità di altre variabili l'assistenza a **una persona che vive solo senza familiari, altri conviventi o caregiver professionale** richiede maggiore impegno per assicurare lo stesso livello quali-quantitativo di assistenza⁸

La differenziazione nelle strutture familiari⁹ condiziona il servizio Adi e può essere indirettamente espressa con indicatori quale il **numero di nuclei unifamiliari sul totale delle famiglie** oppure con il **numero medio di componenti la famiglia**.

Il **Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)** con assistenza di base e servizi integrativi¹⁰ erogati dai Comuni si integra con quelle dell'Adi partendo dalla valutazione multidimensionale;¹¹ pur nella differenziazione delle professionalità esiste un'area significativa di sovrapposizione delle prestazioni¹² per il livello e coordinamento di SAD offerta sul territorio influenzano a parità di livello offerto l'onere da sostenere per l'Adi.

⁶ Per valutare l'onere aggiuntivo derivante dalla conformazione territoriale occorre stimare il tempo necessario per gli spostamenti, condizionati dalla conformazione orografica (assistere in valli montane è più oneroso che farlo in pianura). Georeferenziando domicili degli assistiti o spostamenti degli operatori si potrebbero stimare in maniera più precisa tempi e distanze da percorrere. Ciò può essere fatto "dall'interno" e richiede una conoscenza delle condizioni in cui è prestato il servizio mentre l'utilizzo del solo parametro semplificato della densità della popolazione ultrasessantacinquenne ne permette la considerazione anche da parte di osservatori esterni, basandosi su dati pubblici liberamente disponibili

⁷ Con riferimento alla densità della popolazione in genere (senza riferimento alla quota di ultrasessantacinquenni) si va dal massimo della provincia di Napoli con 2.535 abitanti per kmq alla minimo della provincia di Nuoro con 36 abitanti per kmq, con un rapporto di 1 a 80 con un valore medio nazionale di 195 abitanti per kmq.

⁸ Familiari o care-giver non conviventi sono determinanti per un adeguato livello di assistenza ma difficilmente stimabili.

⁹ Anche riguardo alla composizione familiare il quadro nazionale ci presenta una situazione disomogenea: dal massimo numero di componenti la famiglia di 2,62 nella provincia di Napoli al minimo di 1,92 della provincia di Trieste passando per la media italiana di 2,25. L'Istat (Istat - Previsioni della popolazione residente e delle famiglie – Base 1/1/2021 – comunicato del 22 settembre 2022) prevede una riduzione del numero di componenti della famiglia e un aumento degli anziani soli, con riflessi importanti in prospettiva per l'organizzazione dell'assistenza domiciliare. e

¹⁰ Il servizio di Assistenza di Base erogato dai comuni che può andare dal supporto alle attività quotidiane di cura della persona e dell'abitazione alla fornitura di alimenti o pasti caldi ed alle attività di trasporto o ricreative rappresenta un presidio per il controllo e lo stimolo degli assistiti, lasciando all'Adi le sole attività tipicamente sanitarie.

¹¹ La legge delega richiede all'art. 3, punto l), numero 1) la previsione di una valutazione multidimensionale unificata, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei basati su linee guida validate a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale" promuovendo in tal modo la valutazione integrata dei bisogni e degli interventi tra SAD ed Adi.

¹² Nella citata ricerca si rilevano un numero elevato di prestazioni di consegna materiale e posizionamento paziente che potrebbero essere efficacemente svolte dal personale SAD con un adeguato coordinamento dei relativi piani assistenziali

Il complessivo **livello di onerosità assistenziale**¹³ dei casi in Adi è determinato da più fattori dipendendo **dalla tipologia di domanda** indirizzata all'Adi e dal modo in cui **la strategia del servizio sanitario locale definisce i PDTA inserendo i segmenti di assistenza domiciliare** accanto a quelli ambulatoriali, ospedalieri, o di cure intermedie.

Non abbiamo per **l'onerosità assistenziale**¹⁴ un indicatore sintetico validato¹⁵; vedremo in seguito come possiamo utilizzare indicatori di non autosufficienza e risultato come misuratori indiretti per calcolare un "punteggio di onerosità" di ciascun caso preso in carico e con la loro somma l'onerosità complessiva dell'Adi¹⁶.

Altra soluzione è quella di assumere quale proxy¹⁷ di onerosità dell'Adi misurandola attraverso il **costo medio specifico diretto per assistito**¹⁸ ossia con le risorse utilizzate per essa in base alle pesanti ipotesi semplificatrici rappresentate per i diversi sistemi Adi:

- dall'**uniformità delle valutazioni multidimensionali alla base dei piani assistenziali**
- dall'**omogeneità dei costi unitari di acquisizione dei fattori produttivi**
- dall'**equivalenza dei livelli di assistenza.**

4.2 – Gli indicatori di rappresentazione dell'Adi oltre gli standard proposti

Gli standard utilizzati dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare per l'ADI sono:

- il **Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)** pari al **rapporto tra Giornate di Effettiva Assistenza (GEA)** in cui si realizza un accesso e **Giornate di Cura (GDC)** ossia giorni di calendario intercorrenti tra l'inizio e la fine dell'episodio di cura
- la **Copertura Popolazione Ultrasessantacinquenne (CPU)** è invece data dalla **% di popolazione ultra65 enne in carico in rapporto al 10% di ultra65enni.**

Iniziare la riflessione affermando che CPU e CIA **non esprimono compiutamente i servizi di assistenza domiciliare erogati**: per motivare l'affermazione ipotizziamo di confrontare tra loro due ipotetiche situazioni in due territori A e B con **100mila ultra65enni** con **CPU del 10% quindi con 10mila assistiti** in carico e un **CIA di 0,25.**

¹³ Preferiamo utilizzare il termine di onerosità assistenziale differenziandolo rispetto a quello di complessità clinica dato che non è detto che i due coincidano (una lesione cutanea può necessitare di interventi frequenti di medicazione locali piuttosto onerosi in termini di tempo, pur essendo meno grave di una problematica cardiaca trattata con un farmaco)

¹⁴ Alcune ricerche in corso stanno cercando di definire un "punteggio complessivo" di onerosità assistenziale sulla base della valutazione Inter-Rai tradotta in Piano Assistenziale Individualizzato e quindi in prestazioni professionali tempificate stanno cercando di giungere ad un peso relativo e ad un valore assoluto dell'onere assistenziale. La valutazione dell'onere assistenziale (peraltro solo annunciata e non pubblicata quindi ancora indisponibile all'analisi critica) si basa comunque sull'ipotesi di una corretta valutazione multidimensionale, di una corretta pianificazione assistenziale e sulla congrua valutazione dei costi unitari dei fattori produttivi utilizzati, parametri che non verificati in assenza di una pubblicazione.

¹⁵ Le scale cliniche ed infermieristiche utilizzate osservano ciascuna una prospettiva significativa ma parziale (autonomia, rischio di ricovero, lesioni da pressione, complicanze cliniche) ma non offrono una valutazione di onerosità assistenziale.

¹⁶ In questo modo applichiamo il metodo utilizzato per i DRGs per giungere in seguito a stimare il valore del "punto Adi" attraverso il quoziente tra valore complessivo di costo dell'Adi e stima della complessità del singolo caso osservato.

¹⁷ Una proxy è un indicatore indiretto che cerca di misurare un fenomeno non agevolmente misurabile direttamente.

¹⁸ Tale figura comprende costi diretti specifici del personale, farmaci, presidi per medicazioni ed alimentazione ed utilizzo di tecnologie; la scelta del costo diretto è volta a neutralizzare le scelte di ripartizione dei costi comuni e generali.

Nel territorio A avremo:

- 1,20 episodi di cura medi per assistito quindi 12mila episodi di cura
- 60 giorni di durata media dell'episodio di cura,
- 15 accessi medi per episodio di cura quindi 180 mila accessi complessivi.

Nel territorio B avremo invece

- 1,50 episodi di cura medi per assistito quindi 15mila episodi di cura
- una durata media di 120 giorni
- 30 accessi medi e quindi 450 mila accessi complessivi.

E' evidente che anche in teorica parità di condizioni di presa in carico e di tipologia delle prestazioni svolte, la copertura della popolazione e l'onere assistenziale nel secondo caso sia significativamente maggiore, pur risultando eguali i valori degli indicatori che quindi **non sembrano idonei da soli a rappresentare compiutamente il quadro dell'ADI.**

Per rappresentare opportunamente il servizio dobbiamo considerare popolazione e territorio attraverso **indicatori dei modelli di insediamento** della popolazione e della **struttura di popolazione e famiglie** oltre a considerare **gli ulteriori fattori di contesto** rappresentati da **presenza e livello del Servizio di Assistenza Domiciliare** e dalla **Onerosità Media degli Assistiti**, che non possiamo però integrare nel modello quantitativo.

Per costruire **un modello di adeguata rappresentazione del sistema locale di assistenza domiciliare riferibile ad un definito territorio e ad una popolazione in riferimento ad altri territori e popolazioni.** Dovremo integrare gli indicatori Copertura della Popolazione Ultrasessantacinquenne (CPU) e Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) con altri sei espressivi del sistema dell'Adi proponendo un panel di otto indicatori espressi ciascuno in un valore assoluto compreso tra 0 e 100 e non sintetizzabili in un unico valore:

- 1) **Densità Popolazione Ultrasessantacinquenne (DPU)**
- 2) **Composizione dei Nuclei Familiari e Unifamiliari (CNF)**
- 3) **Copertura della Popolazione Ultrasessantacinquenne (CPU)**
- 4) **Rapporto tra Giornate di Cura e di Calendario (RGC);**
- 5) **Episodi di Cura per Assistiti (ECA);**
- 6) **Distribuzione Accessi tra Episodi di Cura (DAE)**
- 7) **Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)**
- 8) **Anzianità Relativa ponderata per Accessi (ARA)**

La rappresentazione dell'Adi attraverso gli indicatori segue la lettura strutturata articolata negli oggetti **popolazione e territorio, assistiti, episodi di cura, accessi.** Essa non si estende per semplicità alle **diagnosi principali e secondarie ed alle prestazioni** (oggetto queste ultime di rilevazione sistematica nel SIAD dal 2023) osservate negli episodi nel capitolo sulla caratterizzazione degli episodi di cura¹⁹

¹⁹ Una lettura per prestazioni e per diagnosi riferita all'intero sistema di assistenza può essere utile ma rischia di dare una visione troppo "generalista" del servizio per valori medi, dove invece la nostra scelta metodologica è quella di osservare più da vicino gli episodi di cura per riconoscerne i caratteri differenziali e costruire "aggregazioni significative

Gli indicatori sono **rappresentativi e non valutativi della assistenza domiciliare**, utili a caratterizzare le situazioni ma non a valutare il processo di erogazione o i risultati dell'Adi. Essi potrebbero essere usati per valutare l'organizzazione dell'Adi **qualora si consideri ottimale un modello di erogazione** (es. durata media dell'episodio di 90 giorni).

Il primo indicatore è la **Densità della Popolazione Ultrasessantacinquenne (DPU)**

$$\text{DPU} = (\text{Abit}>65a / \text{kmq}) / (\text{ValMax Abit}>65a / \text{Kmq}) \times 100$$

espressa in abitanti / kmq; per tradurre in valore assoluto occorrerà far corrispondere il valore 100 al valore di massima densità tra quelli degli aggregati considerati e quelli vicini a 0 ai territori a minima densità di popolazione.

La considerazione della **quota %** di popolazione ultrasessantacinquenne in carico consente di passare dalla popolazione agli assistiti; assumendo come riferimento del parametro 100 livello del 10% di presa in carico assunto come obiettivo dal PNRR avremo:

$$\text{CPU} = (\text{Assistiti} / 0,10 \times \text{Abit}>65a) \times 100$$

con valori da 0 (nessuna presa in carico) a 100 (10% ultrasessantacinquenni in carico).

Individuati gli assistiti per osservare la **distribuzione tra essi degli episodi di cura** utilizziamo il reciproco dell'indice di Gini²⁰ moltiplicato per 100 quindi da

$$\text{Episodi Cura Assistiti ECA} = (\text{Assistiti} / \text{Episodi di Cura}) \times 100$$

Il valore dell'indicatore va un valore vicino allo 0 (concentrazione degli episodi su pochi assistiti) al valore 100 (equidistribuzione con un episodio per ogni assistito).

Per stimare l'assistenza effettivamente prestata nel periodo va considerato il **Rapporto Giornate di Cura (GDC) e Giornate Possibili di Calendario (GPC)**

$$\text{RGC} = (\text{GDC} / \text{GPC}) \times 100$$

$$\text{RGC} = [(\text{Durata Media Assistenza}) / 365 \text{ gg}] \times 100$$

con Durata Media dell'Assistenza il prodotto tra durata media episodi ed episodi per assistiti.

L'indicatore può assumere valori tra 0 (nessun giorno di assistenza) e 100 (tutti gli assistiti in assistenza per l'intero periodo) ed è in questo caso riferito all'anno solare, pur essendo applicabile ad ogni periodo mutando il denominatore in giorni.

La distribuzione di accessi tra episodi di cura è esprimibile con l'indicatore:

$$\text{DAE} = 3 \times (\text{Episodi di Cura} / \text{Accessi}) \times 100$$

che va dallo 0 (massima concentrazione su pochi episodi) a 100 (3 accessi per episodio)²¹.

²⁰ L'indice di Gini è una misura di disuguaglianza di una distribuzione che assume un numero tra 0 ed 1. Valori bassi del coefficiente indicano una distribuzione omogenea, con il valore 0 che corrisponde alla pura equidistribuzione mentre valori alti del coefficiente indicano una distribuzione diseguale, con 1 che corrisponde alla massima concentrazione

²¹ La moltiplicazione per 3 è volta ad aumentare l'intervallo possibile di variazione, che in assenza sarebbe limitato e sempre vicino allo 0, ipotizzando che il numero degli accessi medi per episodio di cura sia comunque superiore a 3 (valore per il quale l'indice assume valore 100); un indice particolarmente alto segnala una frequenza di accessi singoli o sporadici con prese in carico "prestazionali"

Dalle Giornate degli Episodi di Cura, il **Coefficiente Intensità Assistenziale (CIA)** assunto come riferimento dalla normativa, esprime le giornate di accesso con il rapporto

$$(CIA) = (GEA / GDC) \times 100$$

che va 0 (nessun accesso giornaliero) a 100 (accessi tutti i giorni di cura)²².

Il riferimento alla popolazione ultrasessantacinquenne non considera che solitamente le persone più anziane ricevono più accessi: oltre a valutare le prese in carico sulle diverse classi di età possiamo sinteticamente **esprimere la distribuzione degli accessi per fasce di età con la media degli accessi ponderata per età dei destinatari**²³.

Il fenomeno può essere espresso mettendo in rapporto **l'età media degli assistiti ponderata per accessi (EMPA) con l'età media degli assistiti non ponderata (EMA)** costruendo **l'indice di anzianità relativa degli assistiti ARA**

$$ARA = 3 \times [(EMPA - EMA) / EMA] \times 100^{24}$$

L'indice esprime la maggiore concentrazione degli accessi sui più anziani rispetto alla totalità degli assistiti e va 0 (equidistribuzione degli accessi per età) a 100 se l'età media degli assistiti ponderata per accessi supera di un terzo l'età media degli assistiti (media assistiti pari a 69anni, ponderata per accessi pari a 92anni).

Il sistema di indicatori del sistema territoriale di assistenza domiciliare presenta caratteristiche che lo rendono utilizzabile per un confronto territoriale; gli otto indicatori sono:

- **esprimibili in valore assoluto** (con valori tra 0 e 100);
- **desumibili da informazioni demografiche e territoriali o del SIAD** e quindi omogeneamente rilevati su tutto il territorio nazionale;
- **applicabili ad ogni sistema** territorio o popolazione di qualunque numerosità.

Gli indicatori ci consentono di costruire in forma grafica un **quadro sintetico dell'assistenza domiciliare su un territorio** collocandone i valori sui segmenti che uniscono il centro di un ottagono (e del cerchio circoscritto) agli angoli.

Esprimeremo **l'indicatore con un punto sul segmento: il valore dell'indicatore sarà pari alla distanza dal centro** (0 corrisponderà al centro e 100 all'angolo) e **la poligonale risultante rappresenterà il profilo di erogazione dell'ADI sul territorio.**

Il confronto realizzato con la **sovrapposizione delle poligonali relative allo stesso territorio in diversi periodi** (con un approccio diacronico) o con la **sovrapposizione delle poligonali relative a territori diversi** (con un approccio sincronico) permette di rappresentare sinteticamente i modelli di erogazione dell'assistenza domiciliare.

Per collocare **il sistema di assistenza domiciliare** nel sistema delle cure territoriali, costruiamo **l'Indice di Territorialità Relativa (ITR)** mettendo in rapporto **la differenza**²⁵ **tra**

²² Nel caso che nella stessa giornata siano presenti più accessi domiciliari non cambia la rilevazione della CIA

²³ La ponderazione per accessi stima l'onere assistenziale sia pure a livello di accessi (il maggiore di dettaglio del SIAD)

²⁴ La moltiplicazione per 3 è volta ad aumentare l'intervallo di variazione, che sarebbe limitato e sempre vicino allo 0.

²⁵ Si ipotizza qui che il totale delle giornate territoriali (che ricordiamo costituite da accessi limitati in ore o minuti e non da ricoveri dell'intera giornata) sia maggiore di quelle ospedaliere e quindi abbia un segno positivo; nel caso che le giornate di degenza ospedaliere siano maggiori di quelle di accessi territoriali l'indice assume segno negativo ma anche in questo caso le variazioni dell'indice nel tempo sono significative dell'attuazione della territorializzazione delle cure.

la sommatoria (GAT Giornate di Assistenza Territoriali) delle giornate di assistenza domiciliare GEA, in ospedale di comunità GOC e in hospice GAH e le giornate di assistenza ospedaliera erogate nello stesso periodo GDO

$$\text{GAT} = \text{GEA} + \text{GOC} + \text{GAH}$$

con il totale delle giornate di assistenza territoriale²⁶:

$$\text{ITR} = (\text{GAT} - \text{GEA}) / (\text{GAT}) \times 100$$

L'indice esprime l'**eccedenza percentuale delle giornate di assistenza domiciliare su quelle di degenza ospedaliera**²⁷: il valore 0 corrisponde alla parità tra giornate di accessi domiciliari e di degenza ospedaliera mentre valori crescenti segnalano un numero maggiore di giornate di assistenza domiciliare sulle ospedaliere.

L'indice di territorialità relativa misura l'**effettiva applicazione del principio della "casa come primo luogo di cura"** previsto dal PNRR e può essere monitorato nel tempo per verificare come la "territorializzazione" dell'assistenza sia progressivamente attuata.

²⁶ L'accesso è assunto come corrispondente alla giornata di degenza: la differenziazione degli accessi per prestazioni è corrispondente alla differenziazione delle giornate di degenza per complessità dei trattamenti; esiste anche la possibilità che una presa in carico si trasformi in più prese in carico per questioni amministrative o per il ripetersi di ricoveri

²⁷ L'affermazione della "casa come primo luogo di cura" rispetto al ricovero ospedaliero dovrebbe tradursi in un graduale incremento delle cure in setting territoriale e domiciliare e decremento di quelle in regime di ricovero ospedaliero