Ospedale a domicilio: la nuova frontiera dell'integrazione ospedale-territorio

La connotazione clinica degli ospedali, poco presente anticamente, si è consolidata solo in epoca moderna; nel tempo l'ospedale è divenuto il fulcro di cure sanitarie sempre più specializzate. Attualmente l'obiettivo di perseguire sia la sostenibilità del sistema sanitario pubblico, sia la migliore qualità di vita possibile per il malato e il caregiver, spinge a un'inversione di rotta: non più il malato verso l'ospedale, ma l'ospedale verso il contesto di vita del malato. Una scelta già in atto altrove e ancora da sviluppare pienamente nel nostro Paese.

Di Matteo Grezzana *(direttore UOC Geriatria distretto 4 Azienda Ulss 9 Scaligera - Verona)*, Giorgia Cecchini *(direttore UOC Geriatria distretto 2 Azienda Ulss 9 Scaligera - Verona)*, Chiara Pavan *(medico UOC Geriatria distretto 4 Azienda Ulss 9 Scaligera - Verona)*

Se la medicina e la figura del medico affondano le proprie radici in una storia millenaria, altrettanto non si può dire degli ospedali. Dopo secoli in cui gli ospedali si sono trasformati – anche per i cambiamenti avvenuti sul piano demografico, epidemiologico e socioeconomico – e via via sempre più specializzati, recentemente si è espresso un orientamento a portare le cure ospedaliere al domicilio del paziente.

L'origine e lo sviluppo dell'ospedale come luogo di cura

Gli ospedali nascono in forma primordiale in epoca medievale, con una lenta conversione degli "ospitali" a matrice religiosa che davano assistenza ai pellegrini, ma anche ai bimbi abbandonati e a disperati di ogni sorta. **La trasformazione si è avuta con l'accoglienza dei primi malati, ma ancora per diversi secoli gli istituti di cura hanno mantenuto una mission religiosa, di carità cristiana**, finalizzata genericamente al prendersi cura dei bisognosi.

Negli ultimi secoli del secondo millennio sono **comparsi i primi ospedali organizzati, che nel corso dell'Ottocento hanno preso la forma dei sanatori**, al fine di prevenire (e tentare di curare) le malattie trasmissibili, in particolare la tubercolosi. **È solo nel corso del ventesimo secolo che gli ospedali si specializzano anche in ambito chirurgico e diventano sedi di formazione, oltre che di studio e cura delle malattie**.

Per molti decenni, per essere ricoverati era sufficiente essere ammalati ed essere in qualche modo in grado di coprire i costi delle cure. In Italia, **le riforme sanitarie che si sono susseguite a partire dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 hanno reso la sanità universalistica e gratuita, ponendo i relativi costi a carico della collettività, tramite la fiscalità generale**. Questi progressi sociali hanno reso presto evidente che **il sistema dei ricoveri ospedalieri poteva mantenersi sostenibile solo se gli ospedali avessero focalizzato la loro nuova mission sul ricovero di pazienti gravi o urgenti**: per essere ricoverati non bastava più essere genericamente malati. Per ricoverare, da allora e fino ad oggi occorre essere ragionevolmente certi che il ricovero sia utile al paziente e che possa migliorarne il decorso.

C'è tuttavia un ulteriore elemento che vale la pena ricordare, per comprendere quanto la concezione degli ospedali si sia evoluta nel tempo: mentre ormai da diversi anni le équipe medico-infermieristiche e i pazienti afferiscono a unità operative di

varia complessità, **in passato gli ospedali erano articolati in "reparti" o "divisioni", lasciando intendere un retaggio culturale di tipo militare che ancora oggi fatica ad abbandonare il lessico comune degli stessi operatori sanitari. Questa, che sembra essere una semplice eredità storica, tradisce invece una concezione di ospedale ancora troppo avulsa dal territorio, connotata da rigide barriere di competenze e responsabilità che continuano a essere preponderanti**, a discapito della centralità del paziente e delle sue necessità.

Solo negli ultimi anni ha preso forma la concezione della presa in carico globale del malato, che – indiscutibilmente – dal territorio proviene e al territorio tornerà dopo le cure ospedaliere, fase transitoria di diagnosi e terapia di qualsiasi patologia. **Le moderne politiche sanitarie convergono sul voler rendere veramente la casa il luogo di cura privilegiato per l'erogazione dei servizi sanitari**; per questo è previsto il rafforzamento delle cure domiciliari – in linea con gli obiettivi della Missione 6 componente 1 (M6C1) del PNRR e gli standard del DM 77/2022 – con l'obiettivo di prendere in carico almeno il 10% della popolazione over 65 anni.

Ospedale a domicilio: definizione, obiettivi, caratteristiche

L'ospedale a domicilio *(Hospital at Home – HaH)* è un sistema integrato che porta a casa del paziente l'assistenza tradizionalmente fornita all'interno dei nosocomi – visite mediche, cure infermieristiche, monitoraggio dei parametri vitali, esami di laboratorio, somministrazione di terapie endovenose, ossigenoterapia – **con la possibilità di un celere trasferimento in ospedale, se necessario**. **HaH è un intervento mirato a breve termine, che fornisce un livello di cure ospedaliere intensive a domicilio equivalente a quello fornito in ospedale**.

Questo modello di cura inizia a essere sperimentato fin dagli anni Novanta del secolo scorso, con esperienze ben documentate nei paesi di lingua inglese e un crescente numero di studi pubblicati su riviste *peer-reviewed.* Tra i primi a implementare questo tipo di intervento si annovera la prestigiosa Università Johns Hopkins di Baltimora, negli USA (Pandit, *et al.,* 2024).

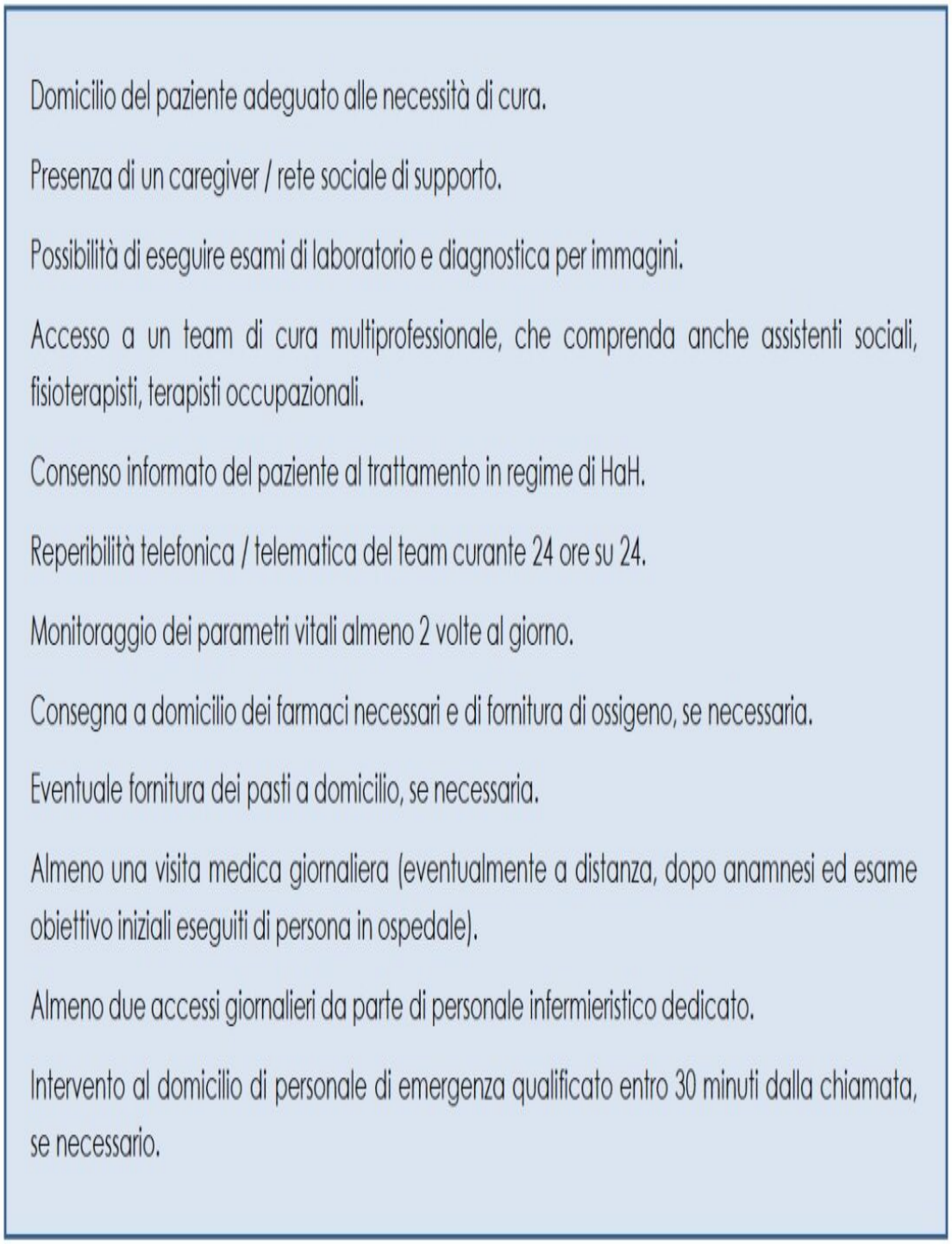
L'obiettivo di questo nuovo modello di cura è quello di ridurre i costi sanitari, migliorando i risultati clinici. È noto infatti come l'ospedalizzazione – specie nei soggetti anziani – sia associata a un aumentato rischio di eventi avversi (in particolare cadute, infezioni nosocomiali, delirium), con un impatto significativo in termini di mortalità e di esiti funzionali. D'altro canto gli ospedali vedono aumentare costantemente le richieste di ricovero per utenti geriatrici polipatologici.

Dal punto di vista della gestione sanitaria, questo modello offre vantaggi in termini di costi e miglioramento della qualità; dal punto di vista dei medici, contribuisce a fornire un'assistenza medica incentrata sul paziente e ad evitare il ricovero ospedaliero con le sue complicazioni. Inoltre, molti pazienti riferiscono di preferire l'ospedale a domicilio rispetto al ricovero tradizionale, perché in grado di assicurare una migliore qualità del sonno, un'efficace continuità di cura e un migliore comfort ambientale (Levine, *et al.,* 2021).

Attualmente sono in uso due principali tipologie di ospedale a domicilio, denominate "HaH diretto" e "HaH indiretto":

- il **modello "diretto" di HaH** fornisce assistenza ospedaliera acuta a domicilio, senza richiedere il ricovero in ospedale. I pazienti vengono in genere identificati al pronto soccorso o in ambito ambulatoriale e trasportati direttamente a casa, per ricevere assistenza ospedaliera domiciliare;
- il secondo **modello di HaH, più "indiretto"**, prevede un breve pernottamento in ospedale per l'ottimizzazione delle condizioni del paziente, seguito dalla dimissione al domicilio con contestuale inizio del programma di HaH.

Le patologie che possono essere trattate sono di varia natura (ad esempio infezioni dell'apparato respiratorio o urinario, insufficienza cardiaca, broncopneumopatia cronica ostruttiva), a patto che non sussistano condizioni che rendano obbligatorio il ricovero ospedaliero quali shock, sindrome coronarica acuta, instabilità emodinamica, ictus cerebrale, emergenze chirurgiche o necessità di procedure diagnostiche invasive e/o accertamenti radiologici mediante tomografia computerizzata o risonanza magnetica (Kanagala, *et al.,* 2023). Nella tabella 1 sono riportati i requisiti di base generalmente previsti da tutti i servizi di HaH.



Fonte: elaborazione degli autori.

Box 1 – Requisiti generali HaH

La crescente disponibilità di sensori indossabili ha fatto sì che il loro utilizzo, per il monitoraggio dei parametri in tempo reale (frequenza cardiaca, saturazione, pressione), sia ormai considerato un requisito standard. **Rispetto al personale, va**

sottolineato come in tutte le esperienze il servizio sia sempre erogato da gruppi multidisciplinari di professionisti sanitari, con il coordinamento di uno specialista ospedaliero esperto. Il team dell'HaH si integra sempre con i servizi socio-sanitari già presenti sul territorio, a cui compete la continuità assistenziale dopo l'intervento in acuto del team. La figura 1 riporta una sintesi grafica degli elementi costitutivi di questo sistema integrato di cura.



Fonte: elaborazione a cura degli autori

Figura 1 – Il paziente al centro dell'HaH

I risultati raggiunti

La letteratura scientifica annovera studi eterogenei per selezione della popolazione, metodologie d'intervento, durata del follow-up. Nonostante queste limitazioni vi sono evidenze di una comparabile mortalità e tasso di re-ricovero tra i pazienti seguiti in regime di HaH e quelli ricoverati nei tradizionali reparti di degenza (Shepperd, *et al.,* 2022; Arsenault-Lapierre, *et al.,* 2021). Alcuni studi evidenziano anche una **verosimile riduzione della probabilità di istituzionalizzazione definitiva, quando gli anziani sono curati in regime di HaH**.

La qualità dell'assistenza percepita e la soddisfazione di pazienti e caregiver è generalmente maggiore quando la cura avviene in regime di ospedale a domicilio. Va sempre tenuto in considerazione il carico assistenziale non quantificabile, che i familiari affrontano in corso di HaH ai fini di una pianificazione efficace del percorso di cura. I caregiver devono essere riconosciuti come partner alla pari nell'assistenza, in grado di fornire informazioni vitali sulla persona con bisogni di cura e supporto.

L'ospedale a domicilio sembra essere un'alternativa vantaggiosa alla degenza tradizionale in termini di rapporto costo/beneficio, come testimonia il report del programma scozzese 2024/2025 sull'assistenza domiciliare ospedaliera per anziani e adulti in fase acuta. **I vantaggi economici includono non solo risparmi finanziari diretti ma anche riduzione dei ricoveri successivi, riduzione dei tempi di attesa, riduzione della domanda di servizi ospedalieri per acuti e maggiore capacità degli ospedali di curare i pazienti più gravi**. **Il risparmio di denaro può arrivare fino al 53% rispetto a una degenza "ordinaria"**.

In Scozia i letti "virtuali" degli ospedali a domicilio ammontavano a 525 nel 2024 e a 578 nel 2025, rappresentando il 4% dei letti per acuti sul territorio scozzese. Se si considerano tutti i reparti di geriatria ubicati in Scozia, è l'ospedale a domicilio ad avere il maggiore numero di posti letto per pazienti anziani. In Inghilterra nel 2025 35.000 pazienti ogni mese sono stati trattati presso i diversi servizi di HaH, con una durata media della degenza variabile dai 4 ai 10 giorni a seconda del tipo di patologia (British Geriatrics Society, 2025). Anche molti ospedali statunitensi (incluso il Johns Hopkins di Baltimora) offrono tra i loro servizi l'HaH.

Le sfide future

I reparti virtuali degli ospedali a domicilio consentono ai pazienti di ricevere cure intensive in modo sicuro e conveniente. Vi sono sempre maggiori evidenze che, quando tutti i componenti fondamentali di questi servizi vengono erogati su larga scala per i pazienti idonei, **si ottiene una migliore esperienza per il paziente e si possono migliorare gli esiti rispetto alla degenza ospedaliera**, riducendo il divario tra domanda e disponibilità di posti letto ospedalieri, prevenendo accessi e ricoveri, spostando le cure intensive sul territorio o riducendo la durata della degenza attraverso le dimissioni anticipate.

Fornire un'alternativa reale al ricovero ospedaliero per pazienti appropriati, all'interno di un processo di pianificazione della cura condiviso che corrisponda ai desideri del paziente e del caregiver, è un obiettivo importante per la cura del malato orientata al rispetto della persona e dovrebbe poter essere disponibile per un numero sempre maggiore di pazienti. Le esperienze del mondo anglosassone appaiono consolidate e positive. L'auspicio è che

anche nel nostro Paese possano fiorire iniziative simili, a beneficio dei malati e della sostenibilità del sistema sanitario nazionale.

BIBLIOGRAFIA

Arsenault-Lapierre G., Henein M., Gaid D., Le Berre M., Gore G., Vedel I. (2021), *Hospital-at-Home interventions vs in-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department. A systematic review and meta-analysis,* in JAMA Network Open, 4(6):e2111568.

British Geriatrics Society (2025), *Hospital at Home for frailty. Current situation and future potential,* London.

Kanagala S.G., Gupta V., Kumawat S., Anamika FNU, McGillen B., Jain R. (2023), *Hospital at Home: emergence of a high-value model of care delivery,* in The Egyptian Journal of Internal Medicine, 35(1):21.

Levine D.M., Pian J., Mahendrakumar K., Patel A., Saenz A., Schnipper J.L. (2021), *Hospital-level care at Home for acutely ill adults. A qualitative evaluation of a randomized controlled trial,* in Journal of General Internal Medicine, 36(7):1965-1973.

Pandit J.A., Pawelek J.B., Leff B., Topol E.J. (2024), *The Hospital at Home in the USA. Current status and future prospects,* in npj Digital Medicine, 7(1):48.

Shepperd S., Cradduck-Bamford A., Butler C., Ellis G., Godfrey M., Gray A., Hemsley A., Khanna P., Langhorne P., Mäkelä P., Mort S., Ramsay S., Schiff R., Singh S., Smith S., Stott D.J., Tsiachristas A., Wilkinson A., Yu L.-M., Young J. (2022), *Hospital at Home admission avoidance with comprehensive geriatric assessment to maintain living at home for people aged 65 years and over: a RCT,* in Health and Social Care Delivery Research, 10(2).