

L'organizzazione dei Servizi non incide solo su costi, volumi e tempi: dà forma al diritto alla salute.

La lezione della salute mentale: *la deistituzionalizzazione come critica dell'approccio "medicale" isolante*

Luogo di vita
servizi vicini a casa, lavoro,
scuola e quartiere

Comunità
partecipazione e responsabilità
democratica

Determinanti sociali
ambiente, reddito, cultura,
isolamento

Integrazione
sanitario, sociale, educativo,
lavoro, terzo settore

- La sofferenza fisica e psichica è storica, relazionale e ambientata.
- Il servizio pubblico deve includere soggettività, contesti e diritti.
- La cura non può essere separata da abitare, lavoro, legami, partecipazione.
- Per i servizi di salute mentale questo è un principio fondativo, non un'aggiunta.

La rete territoriale dei CSM

**Quattro articolazioni territoriali presidiano i quartieri e la continuità della presa in carico:
preferibilmente all'interno delle Case di Comunità**

Q1–Q3

Q1–Q3

Viale Giovine Italia 1/1
7.30–19.00; sab 7.30–13.30

Q2

Q2

Presidio D'Annunzio
7.30–19.00; sab 7.30–13.30

Q4

Q4

Lungarno Santa Rosa 15
7.30–19.00; sab 7.30–13.30

Q5

Q5

Presidio Fanfani
8.00–19.00; sab 8.00–13.00

La prossimità fisica è una risorsa: il passaggio successivo è rafforzare prossimità sociale, domiciliare e comunitaria.

Interfaccia ospedaliera e continuità

Tre SPDC di riferimento sostengono la risposta all'acuzie e il rientro nel progetto territoriale.

Santa Maria Nuova

Quartieri 1, 2 e 3

Oblate

Quartiere 5

San Giovanni di Dio

Quartiere 4

- Il ricovero deve essere connesso a un “dopo” già pensato: territorio, famiglia, abitare, lavoro e relazioni.
- Le dimissioni complesse richiedono risorse flessibili, non solo posti.
- La continuità riduce rotture di cura, ricadute e inappropriatezza residenziale.

Progetto RI.ES.CO in SPDC

Riabilitazione Espressiva con gli operatori in Ospedale

La fase di acuzie diventa una finestra di cura, relazione e aggancio territoriale.

Finalità assistenziale

Migliorare qualità dell'assistenza e terapeuticità dell'ambiente di degenza; integrare SPDC, CSM e risorse territoriali; introdurre interventi riabilitativi precoci accanto alla cura farmacologica.

Metodo operativo

Attività pomeridiane nel reparto, dopo l'orario di visita; conduzione/facilitazione da parte di educatori professionali del territorio e professionisti formati, insieme agli operatori SPDC.

1 Espressione corporea

Rilassamento, ascolto del corpo, autoregolazione, attenzione al "qui e ora".

2 Musicoterapia

Suono e musica per comunicazione non verbale, sintonizzazione e appartenenza al gruppo.

3 Espressivo-teatrale

Movimento, parola, gioco e improvvisazione in un setting condiviso e non giudicante.

4 Autobiografia

Identità narrativa, memoria personale, dignità del racconto e continuità della propria storia.

Esito atteso: un ricovero meno isolante e più trasformativo, con maggiore alleanza terapeutica, riduzione dei vissuti traumatici e ponte concreto verso la presa in carico territoriale.

Residenzialità e semiresidenzialità

Una rete ampia: strutture, appartamenti assistiti, centri diurni, orto-vivaio e housing.

SRP / residenzialità

Casa Iris, Bonsai, Villino Schwaner, Casa Alice, La Terrazza, Casa Emma, Lo Scarabeo, Ponte di Mezzo, Torrigiani, Giardino della Menta, Madre Fernanda.

Centri diurni

Chellini, Fili e Colori, La Tinaia, Dino Campana, Cento Stelle, Busillis e Il Bruco.

Appartamenti e housing

Appartamenti assistiti, appartamento Itaca, appartamenti Fondazione San Sebastiano, La Terrazzina, Progetto Ponte di Mezzo e abitare supportato.

Strutture da rappresentare a parte

Villa Guicciardini e Le Querce insistono sul territorio fiorentino ma afferiscono ad altra UFC.

Domanda programmatica: quali percorsi consentono uscita, autonomia e ritorno alla cittadinanza?

Abitare supportato a Firenze

Appartamenti e progetti di autonomia abitativa collegati alla Salute Mentale Adulti

La funzione non è solo ricettiva: sostiene dimissioni, passaggi evolutivi e permanenza in contesti ordinari, con intensità modulabile.

Fondazione San Sebastiano / Misericordia

Tre gruppi-appartamento della psichiatria: Via dei Pilastrì, Borgo Pinti, Via del Pellegrino. Convenzione AUSL Toscana Centro; circa 10 posti complessivi.

Casa Itaca

Appartamento messo a disposizione da Progetto Itaca Firenze ODV per percorsi temporanei di autonomia abitativa condivisa, con supporto educativo e riabilitativo.

La Terrazzina / progetto housing

Housing collegato al presidio La Terrazza: risorsa ponte tra protezione residenziale, quotidianità autonoma e reinserimento territoriale.

Bonsai – appartamenti assistiti

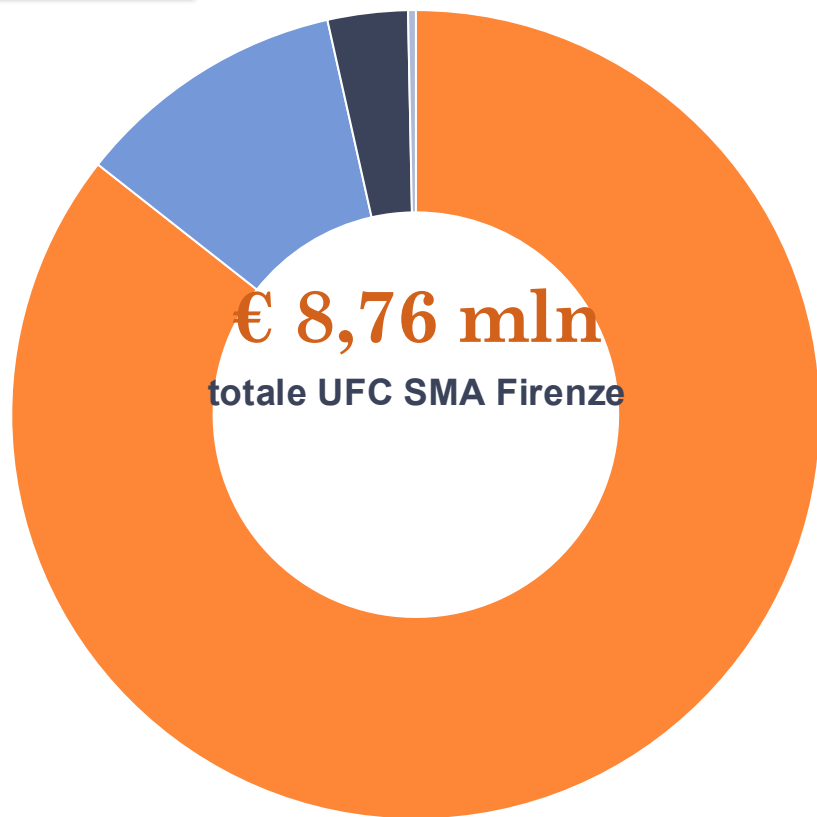
Via di Soffiano. Appartamenti di abitare supportato distinti dalla residenzialità SRP: casa ordinaria, sostegno modulabile, progetto individuale.

Futuro Progetto Ponte di Mezzo

Riattivazione del patrimonio immobiliare con 10/12 mono-bilocali per housing e co-housing 2.0, orientati a bisogni complessi e autonomia abitativa.

Nodo programmatico: distinguere casa supportata, gruppo-appartamento e struttura residenziale leggera; definire titolarità dell'alloggio, intensità dei sostegni ed esiti attesi.

Budget economico diretto 2024



	85,61%	Rette, residenzialità/semiresidenzialità, ex art. 26 e contributi	€ 7.501.847
	10,88%	Beni sanitari e consumi interni	€ 953.593
	3,20%	Farmaci territoriali	€ 280.031
	0,31%	Consumi non sanitari	€ 27.385

Nota: non è il costo complessivo del sistema; personale, contratti centralizzati, immobili e alcuni progetti sono su altri perimetri.

Che cosa dice la spesa

La quota prevalente sostiene setting ad alta intensità: occorre aumentare il rendimento sociale e riabilitativo della rete.

Punti di forza

- Capacità di sostenere complessità e continuità assistenziale.
- Rete di presidi e partner con esperienza consolidata.
- Base economica rilevante su cui costruire governo e indicatori.

Nodi di governo

- Rischio di permanenze non orientate a esiti evolutivi
- Progetti comunitari spesso meno stabili e più frammentati. Rigidità dei percorsi: utile un orientamento maggiore e più flessibile ai bisogno dell'utenza (budget di salute)
- Necessità di leggere insieme costi, durata, appropriatezza e qualità. Definire la compartecipazione dell'utenza

Cinque bisogni prioritari

Il bisogno non è solo clinico

Il progetto territoriale dovrebbe includere determinanti sociali: casa, relazioni, lavoro, cultura, movimento, diritti.

1

Abitare e dimissioni

Percorsi di uscita da
SRP, housing e
sostegni domiciliari.

2

Inclusione sociale

Sport, cultura, relazioni
e prescrizione sociale.

3

Lavoro

IPS, cooperative B,
tirocini finalizzati e
mantenimento.

4

Giovani e transizioni

16–25 anni, NPIA–
SMA, scuola, famiglia,
NEET.

5

Autismo e accessibilità

Accomodamenti,
ambienti ordinari,
solievo e autonomie.

Questi bisogni sono interdipendenti: senza casa, relazioni e lavoro anche il trattamento migliore resta fragile.
Rischio: **taylorizzazione della salute**, frammentazione del bisogno e costruzione di un servizio per ogni frammento

Bisogno 1 — abitare e dimissioni

La dimissione è sostenibile quando esistono casa, relazioni e supporti flessibili nel tempo.



- Sviluppare abitare supportato, budget di salute e accompagnamenti domiciliari.
- Dare priorità a utenti dimissibili da SRP, persone isolate e situazioni a rischio istituzionalizzazione.
- Collegare housing, assistenza sociale, CSM, ETS, amministratori di sostegno e famiglie.

Abitare supportato e patrimonio ERP

Esperienze italiane da cui trarre indicazioni per percorsi fiorentini di autonomia abitativa

Dalla residenzialità alla casa: l'obiettivo non è “spostare” le persone, ma costruire condizioni di vita ordinaria con sostegni mobili, modulabili e verificabili.

Titolarità abitativa

Chiarire chi è formalmente assegnatario o titolare dell'alloggio: utente, progetto, servizio/gestore o ente casa.

Supporti separati dalla casa

La qualità del modello dipende dalla possibilità di modulare l'intensità del supporto senza trasformare l'abitazione in una struttura.

Regia sociosanitaria

CSM, SdS/Comune, ente casa, ETS, famiglie e amministratori di sostegno devono condividere criteri, responsabilità ed esiti.

Domanda guida: l'alloggio è una casa ordinaria supportata o un servizio residenziale leggero?

Case popolari assegnate a più utenti: il nodo della titolarità

La distinzione decisiva non è solo “ERP sì/no”, ma chi è formalmente assegnatario e come sono regolati i supporti.

Modello	Assegnatario o titolare	Esempio
Assegnazione personale	Uno o più utenti sono titolari del contratto; la casa resta una normale abitazione con sostegni domiciliari modulabili.	Trieste / Villa Carsia
Destinazione vincolata	L'alloggio ERP è riservato a un progetto di salute mentale, spesso con assetto di piccolo nucleo o casa-famiglia.	Falconara
Concessione al servizio o al gestore	ASL, Comune, ASP o cooperativa gestiscono inserimenti, turn over e accompagnamento, secondo convenzione.	Pieve di Cadore
Accordo con ente casa	Gli alloggi sono reperiti da ACER/ATER per progetti personalizzati, con canoni calmierati e équipe dedicata.	Ferrara

Per Firenze, il punto progettuale è scegliere il modello giuridico-amministrativo prima di scegliere gli utenti.

Che cosa può interessare Firenze

Le esperienze nazionali suggeriscono una sperimentazione piccola, ma con disegno amministrativo chiaro e indicatori di esito.

1. Alloggi ordinari, non "strutture mascherate"; Strutture ordinarie, non "alloggi mascherati"

Preferire contratti o assegnazioni personali.. Separare titolarità della casa, progetto clinico e intensità del supporto.

2. Target iniziale selezionato

Persone dimissibili da SRP, utenti isolati ma con competenze sufficienti, coabitazioni compatibili e volontarie.

3. Regia sociosanitaria e patrimoniale

Azienda sanitaria, SdS/Comune, ente casa, ETS, amministratori di sostegno e famiglie condividono criteri e responsabilità.

4. Budget e supporti mobili

Educativa domiciliare, infermieristica territoriale, reperibilità, peer support e budget di salute: il sostegno segue la persona.

Possibili proposte: 3–5 alloggi pilota, 6–10 utenti, équipe mobile, revisione a 12 mesi su esiti abitativi, qualità di vita e sostenibilità economica; soluzioni flessibili, modelli di compartecipazione alla spesa, coabitazione destinate a durare (condomini, strutture leggere alternative alle RSD)

Prescrizione sociale: non un elenco di attività

Serve un processo: valutare, accompagnare, verificare e restituire gli esiti.



La prescrizione sociale diventa sanitaria solo se è integrata nel progetto terapeutico-riabilitativo individuale.

Sport e movimento come intervento territoriale

Lo sport funziona se è continuativo, accessibile e collegato a obiettivi individuali.

Attività possibili

Calcio, cammino, trekking urbano, piscina, palestra adattata, yoga laico, mindfulness, ciclismo dolce, danza e movimento.

Condizioni di qualità

Tutor, gradualità, assicurazione, formazione, gestione crisi, privacy, accessibilità economica e logistica.

Valore aggiunto

Routine, corpo, appartenenza, relazioni, riduzione stigma, contrasto a isolamento e sedentarietà.

Rischio da evitare

Eventi spot senza continuità, senza accompagnamento e senza ritorno informativo ai servizi.

Cultura, socialità e anti-stigma

La cittadinanza si costruisce in luoghi ordinari, non solo in setting riabilitativi.

Biblioteche e centri civici

Spazi accessibili per gruppi, corsi, studio, lettura e partecipazione.

Arte e teatro sociale

Attività espressive come ponte tra identità personale, narrazione e comunità.

Volontariato protetto

Ruoli sociali gradualmente utili e riconosciuti, con accompagnamento iniziale.

Eventi anti-stigma

Incontri pubblici, sport, cultura e testimonianze per cambiare lo sguardo.

La domanda non è “quale attività offriamo?”, ma “quale ruolo sociale reale può abitare questa persona?”.

Recovery College e peer support

Dalla passività del “beneficiario” alla competenza condivisa di utenti, familiari, operatori e cittadini.

Recovery College

- Corsi co-prodotti e co-condotti da professionisti, utenti, familiari e cittadini.
- Temi: stress, diritti, salute fisica, digitale, relazioni, crisi, piani personali.
- L'utente diventa studente, docente, facilitatore, co-produttore.

Peer e familiari esperti

- Accoglienza, orientamento, co-conduzione di gruppi, testimonianza anti-stigma.
- Accompagnamento a sport, lavoro, socialità e transizioni.
- Serve formazione, mandato chiaro, supervisione e riconoscimento del ruolo.

Clubhouse / polo cittadino leggero

Uno spazio non clinico orientato ad appartenenza, routine, responsabilità e lavoro.

Che cosa non è

Non è un centro diurno rinominato,
non è laboratorio protetto, non è
servizio clinico tradizionale.

Che cosa produce

Appartenenza, giornata ordinata dal
lavoro, responsabilità condivise,
relazioni e inclusione.

Come sperimentarla

Sede autonoma, adesione volontaria,
rete imprese, programmi TE/SE/IE e
integrazione con CSM.

Possibile uso locale: polo metropolitano co-gestito con ETS, senza sovrapposizione con CSM e centri diurni.

Inclusione lavorativa: una filiera, non un progetto isolato

Il lavoro è una dimensione costitutiva di cura, recovery, reddito e cittadinanza.



Obiettivo: costruire una funzione lavoro stabile in raccordo con SdS, ARTI, CPI, ETS, cooperative e imprese.

Indicatori: misurare esiti, non solo attività

La programmazione partecipata deve produrre un cruscotto semplice, utile e condiviso.

Accesso	utenti inviati, agganciati, tempi, drop-out
Continuità	frequenza, durata, stabilità, riattivazioni
Esiti sociali	relazioni, ruolo, lavoro, casa, autonomie
Qualità percepita	soddisfazione utenti, famiglie, ETS, operatori
Appropriatezza	dimissioni, permanenze, ricoveri, costi evitati

Senza dati condivisi la rete resta una somma di buone intenzioni.

Priorità operative immediate

1

Mappa unica delle risorse

catalogo prescrivibile e aggiornato

2

Community connector pilota

accompagnamento e feedback

3

Funzione lavoro / IPS

integrazione con ARTI, CPI, ETS e imprese

4

Budget di salute mirati

dimissioni, isolamento, rischio istituzionalizzazione

5

Percorsi giovani e autismo

tutor transizione, accessibilità e sollievo

6

Cruscotto esiti

attività, qualità, autonomia e appropriatezza

La priorità urgente

Interventi flessibili, modulabili, orientabili ai bisogni soggettivi, invece che interventi rigidi, ripetibili, orientati ai bisogni organizzativi di operatori/erogatori.

La priorità assente

- Azioni preventive, proattive, psicoeducative precoci per l'**abuso di sostanze/dipendenze patologiche** (scuole, luoghi di aggregazione e del divertimento)
 - Luoghi per l'abuso «controllato» di sostanze
- Progetti di inclusione sociale, sportiva, di abitare supportato, inserimento lavorativo per persone con disagio psichico e abuso di sostanze.

Grazie