

Dimissioni ospedaliere delle persone senza dimora

Un possibile modello di intervento

Barbara Biagini, Andreea Loredana Moraru, | 24 giugno 2026

Introduzione

Le dimissioni ospedaliere rappresentano un momento critico nel percorso di cura delle persone in condizione di grave marginalità sociale. In particolare, le persone senza dimora presentano bisogni sanitari e sociali complessi che spesso non trovano risposta adeguata nei tradizionali percorsi di continuità assistenziale. La mancanza di un’abitazione stabile, l’isolamento sociale, la presenza frequente di patologie croniche, problemi di salute mentale o di dipendenza da alcool rendono difficile la gestione del periodo successivo alla dimissione ospedaliera. In questo contesto, il rischio di ricadute cliniche, di ri-ospedalizzazione e di esclusione sociale risulta particolarmente elevato.

Negli ultimi anni, nella società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa, grazie ai finanziamenti del PNRR Missione 5 “Inclusione e coesione” componente 2 Sub investimento 1.3.1 Housing temporaneo è stato sperimentato un modello di presa in carico integrata per garantire dimissioni protette e percorsi di accompagnamento per persone in situazione di grave marginalità, attraverso la collaborazione e la sinergia tra il Servizio Sociale Ospedaliero, quello Territoriale e gli ETS presenti sul territorio.

Analisi del contesto sociale e del sistema dei servizi

La Società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa è costituita da 15 Comuni, distribuiti tra le province di Pisa e Firenze. Il Comune di Empoli rappresenta il centro più rilevante dell’area, in quanto ospita l’unico presidio ospedaliero di riferimento territoriale ed è inoltre un importante nodo ferroviario regionale. Questi elementi hanno favorito negli anni una significativa presenza di persone spesso caratterizzate da condizioni di fragilità sociale, sanitaria ed economica.

Le persone senza dimora presentano frequentemente patologie croniche, dipendenze e disturbi psichiatrici che rendono particolarmente complessa la fase delle dimissioni ospedaliere. La mancanza di un domicilio stabile e di una rete di supporto espone infatti al rischio di interruzione delle cure, riospedalizzazione e ricorso improprio ai servizi di emergenza. Per rispondere a tali criticità è stato rafforzato il raccordo tra il servizio sociale che opera nella Centrale Operativa territoriale (COT) il servizio sociale territoriale e gli Enti di Terzo Settore.

Nel modello dell’assistenza territoriale, la COT svolge una funzione di coordinamento nella continuità ospedale e territorio, facilitando la presa in carico integrata delle persone in condizioni di grave marginalità. Attraverso la collaborazione tra i servizi sanitari, sociali e rete territoriale è stato possibile sviluppare percorsi personalizzati di dimissione protetta, orientati alla continuità assistenziale e alla stabilizzazione delle condizioni di vita.

Il rapporto tra il servizio sociale della COT e quello territoriale è essenziale per garantire la continuità degli interventi. Favorisce la condivisione delle informazioni, responsabilità chiare e l’attivazione tempestiva delle risorse territoriali. Il passaggio ospedale-territorio diventa così parte integrante del percorso assistenziale. La COT, attraverso il coordinamento dei diversi attori coinvolti (sociale, clinico, infermieristico, funzionale), contribuisce a strutturare risposte integrate che tengano conto dei bisogni complessivi della persona, sanitari, ma anche sociali e relazionali.

In particolare, per le persone senza dimora, ciò può tradursi nell’attivazione di soluzioni di accoglienza temporanea, percorsi di presa in carico integrata con i servizi per le dipendenze o la salute mentale, e interventi di accompagnamento sociale finalizzati alla stabilizzazione della situazione. In questa prospettiva, il servizio sociale assume una funzione di mediazione tra sistemi diversi – sanitario, sociale e comunitario – contribuendo a costruire connessioni che rendono possibile l’effettiva integrazione degli interventi. La collaborazione strutturata tra COT e servizi territoriali rappresenta quindi un elemento qualificante del sistema, in grado di incidere in modo significativo sull’efficacia dei percorsi di cura e sulla capacità di rispondere ai bisogni delle persone più fragili.

L’esigenza di mettere in essere una risposta di questo tipo si è resa necessaria in quanto il sistema sanitario è generalmente

organizzato per rispondere a bisogni clinici acuti, ma nel caso delle persone senza dimora, la separazione tra ambito sanitario e sociale genera spesso una discontinuità nell'assistenza. Le dimissioni ospedaliere costituiscono quindi un punto di frattura: l'ospedale conclude il percorso clinico ma la persona non dispone di un luogo adeguato in cui proseguire la convalescenza o gestire le terapie. L'assenza di domicilio e di una rete di supporto strutturata, rende difficile la prosecuzione dei percorsi assistenziali di cui la persona può aver bisogno. In assenza di un adeguato raccordo tra servizi, il rischio sarebbe quello di una presa in carico parziale o frammentata, che non riesce a intercettare la complessità dei bisogni, con conseguenti ricadute sul piano sanitario e sociale, tra cui il ricorso ripetuto ai servizi di emergenza e l'accesso improprio a strutture residenziali.

Per le persone senza dimora, infatti, il bisogno di salute può essere strettamente intrecciato con condizioni di vulnerabilità sociale, rendendo inefficace una risposta esclusivamente sanitaria. Si rende quindi necessario un approccio integrato, in grado di connettere interventi clinici, sociali e relazionali all'interno di un progetto unitario. In questa prospettiva, il rafforzamento dei dispositivi di continuità assistenziale e il coordinamento tra ospedale e territorio assumono un ruolo determinante, consentendo di costruire percorsi più stabili e coerenti, orientati non solo alla gestione dell'episodio acuto, ma alla presa in carico complessiva della persona.

Per rispondere a questa criticità si sono sviluppate quindi esperienze di collaborazione tra servizi sanitari, servizi sociali ospedalieri e servizi sociali territoriali e organizzazioni del terzo settore. L'obiettivo generale è stato quello di costruire un modello replicabile, capace di rispondere in modo sistemico ad una criticità diffusa. L'intervento si è proposto di garantire dimissioni protette dignitose favorendo la continuità delle cure, riducendo il rischio di ricovero migliorando le condizioni di vita dei cittadini.

Obiettivi

L'esperienza descritta si pone i seguenti obiettivi:

- favorire la continuità ospedale territorio
- ridurre il rischio di riospedalizzazione e di accessi impropri in pronto soccorso.
- Garantire dimissioni ospedaliere protette dignitose per persone in condizione di grave marginalità
- sviluppare un modello organizzativo replicabile, basato sull'integrazione tra i servizi e sulla coprogettazione con il territorio.

Metodologia

Il modello di intervento si fonda su un approccio integrato, che ha visto un forte raccordo tra il servizio sociale ospedaliero e i servizi territoriali, con l'obiettivo di costruire risposte strutturate e condivise al momento della dimissione delle persone senza dimora.

L'attuale soluzione operativa — sviluppata nell'ambito della Missione 5 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) — rappresenta l'esito di un percorso articolato avviato già nel 2020. In quell'anno, infatti, la Società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa ha promosso un processo di coprogrammazione, inteso come uno strumento di pianificazione partecipata attraverso il quale l'ente pubblico e gli attori del territorio collaborano per individuare bisogni prioritari e definire le linee strategiche di intervento. Questo processo ha portato all'individuazione di quattro macro-aree di intervento, tra le quali è emersa in modo significativo quella relativa alle persone senza dimora, riconosciuta come ambito prioritario per la definizione di azioni specifiche.

A seguito di questa prima fase, è stato avviato un percorso di coprogettazione, ovvero un processo collaborativo più operativo, finalizzato alla definizione concreta di interventi, servizi e azioni da realizzare. All'interno del tavolo di coprogettazione, composto da enti pubblici ed ETS, sono state delineate le attività e le modalità di intervento. Il lavoro si è sviluppato attraverso tavoli permanenti di confronto, coordinati dall'ente pubblico con funzione di regia e convocazione, che hanno consentito una lettura condivisa dei bisogni emergenti e la costruzione di risposte mirate. In questo contesto, è maturata l'idea di attivare una soluzione abitativa temporanea dedicata alla fase di post-dimissione ospedaliera.

È così nato il progetto di un appartamento di "post-acuzie", pensato per accogliere persone senza dimora in condizioni di grave marginalità, che al momento della dimissione ospedaliera necessitano di un luogo idoneo per proseguire il percorso di cura, sia sotto il profilo sanitario sia socio-assistenziale.

L'appartamento è organizzato in coabitazione e dispone di tre posti letto, distribuiti in due camere. Una delle due camere è

stata attrezzata con un letto articolato, al fine di rispondere a bisogni assistenziali più complessi. La struttura è inoltre dotata di ausili di base, quali deambulatori e supporti per la mobilità, integrabili in base al progetto personalizzato di ciascun beneficiario.

L'intervento prevede la definizione di progetti individualizzati che tengono conto delle condizioni sanitarie, sociali e relazionali della persona, garantendo così una presa in carico globale e continuativa. A seguito dell'inserimento delle persone in condizione di grave marginalità all'interno dell'appartamento di post-acuzie, è stato possibile osservare risultati particolarmente significativi, soprattutto in relazione alla continuità assistenziale e alla riduzione del ricorso ai servizi ospedalieri. Attraverso la definizione di progetti personalizzati, calibrati sui bisogni sanitari e socio-assistenziali di ciascun beneficiario, si è infatti registrata l'assenza di nuovi accessi ospedalieri nel periodo successivo alla dimissione. Questo dato rappresenta un elemento di rilievo, in quanto evidenzia l'efficacia del modello nel prevenire la riospedalizzazione. La permanenza media all'interno dell'appartamento è stata stimata intorno ai sei mesi, anche se si registrano situazioni più prolungate: uno degli ospiti, infatti, è attualmente inserito da oltre un anno, a testimonianza della necessità di mantenere una certa flessibilità nei tempi, in funzione delle condizioni individuali.

Gli esiti dei percorsi hanno portato sia all'accesso a soluzioni abitative autonome sia all'inserimento in percorsi di housing temporaneo. Un secondo caso ha visto invece il passaggio verso una soluzione di housing temporaneo. Un elemento centrale emerso dall'esperienza riguarda il lavoro degli operatori e l'organizzazione dei servizi. Si è consolidata, infatti, un'équipe multidisciplinare stabile, composta da assistenti sociali, educatori, operatori sociali, mediatori culturali e figure sanitarie, quali infermieri e medici di medicina generale, attivati in base ai bisogni specifici delle persone accolte. La stabilità dell'équipe e la capacità di lavorare in modo integrato hanno rappresentato un fattore determinante per la buona riuscita dell'intervento, consentendo una presa in carico continuativa, flessibile e realmente centrata sulla persona.

Analisi dei risultati

L'esperienza realizzata ha evidenziato diversi elementi di efficacia sia sul piano sanitario sia su quello sociale.

In primo luogo, l'attivazione di percorsi di dimissione protetta ha consentito di garantire una maggiore continuità assistenziale, riducendo le interruzioni del percorso di cura che frequentemente caratterizzano le persone senza dimora. In particolare, si è osservata una diminuzione degli accessi impropri ai servizi di emergenza e una diminuzione del rischio di riospedalizzazione.

Sul piano sociale, l'intervento ha favorito percorsi di progressiva autonomia, con esiti differenziati che vanno dall'accesso a soluzioni abitative autonome al passaggio verso forme di housing temporaneo, superata la fase di maggiore fragilità.

Ha inoltre consentito di attivare in modo tempestivo risposte di cura in ambito domiciliare anche per persone prive di domicilio, ma portatrici di bisogni assistenziali complessi, che in assenza di tali interventi sarebbero state verosimilmente destinate a percorsi di istituzionalizzazione. Questa modalità operativa ha costituito un elemento rilevante in termini di appropriatezza ed efficacia dell'intervento, favorendo l'adozione di soluzioni maggiormente aderenti ai bisogni individuali e ai principi di prossimità, personalizzazione e continuità assistenziale.

Un ulteriore elemento di impatto riguarda il rafforzamento della rete territoriale: l'integrazione tra servizi sanitari, sociali ed enti del terzo settore ha migliorato il coordinamento degli interventi e la presa in carico complessiva. Riducendo la frammentazione delle risposte.

Infine, l'utilizzo dello strumento di coprogettazione ha consentito di costruire interventi aderenti ai bisogni del territorio, valorizzando il contributo dei diversi attori coinvolti e promuovendo un approccio condiviso alla gestione della complessità.

Conclusioni

Le dimissioni ospedaliere delle persone senza dimora rappresentano ad oggi una sfida significativa per i sistemi di welfare contemporanei.

L'esperienza descritta vuole evidenziare come la gestione delle dimissioni ospedaliere delle persone senza dimora richieda risposte integrate, capaci di connettere in modo strutturato ambito sanitario e sociale. Il modello sperimentato si configura come una soluzione efficace nel garantire continuità assistenziale nelle fasi particolarmente critiche del percorso di cura, contribuendo a migliorare la qualità della presa in carico e a ridurre il ricorso improprio ai servizi ospedalieri. La centralità del

lavoro di rete, la presenza di un coordinamento stabile e l'utilizzo di strumenti di coprogettazione rappresentano elementi chiave per il successo dell'intervento.

I risultati osservati, in particolare l'assenza di riospedalizzazioni e l'avvio di percorsi di progressiva autonomia abitativa, confermano la validità dell'approccio adottato. Il modello appare promettente e replicabile, anche alla luce di una sperimentazione triennale, che ne ha consentito una prima validazione sul campo e una progressiva strutturazione operativa. In questa prospettiva, le dimissioni protette non rappresentano solo una risposta emergenziale, ma un elemento strategico per promuovere salute, inclusione e sostenibilità del sistema.

Bibliografia

- ISTAT (2014). [*La ricerca nazionale sulle condizioni delle persone senza dimora in Italia*](#). Roma: ISTAT.
- ISTAT (2026). [*Le persone senza dimora: il conteggio nei 14 comuni del Centro dell'Area Metropolitana*](#). Roma: ISTAT.
- Ministero della Salute (2022). Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Roma: Ministero della Salute.
- Regione Toscana (2022). Deliberazione della Giunta Regionale n. 1508/2022. La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana. Firenze: Regione Toscana.
- Regione Toscana (2022). Linee di indirizzo per il recepimento del DM 77/2022 e lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Firenze: Regione Toscana.
- Ministero della Salute (2024). Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone senza dimora. Legge n. 176 del 29 novembre 2024.
- fio.PSD – [*Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora. Rapporti sulla grave marginalità adulta*](#).
- World Health Organization. [*Social Determinants of Health and Homelessness*](#).