

Gruppo di lavoro

“Diritto alla salute e alla residenza delle persone in condizione di senza dimora”

Indice:

- Premesse e razionale
- Contesto
- Diritto alla salute e persone vulnerabili: quali utenti di quali servizi?
- Riflessioni comuni
- **Sintesi delle proposte**
- Note
- Appendice: Riferimenti normativi

Premesse e razionale

Il gruppo di lavoro prende lo spunto dell'incontro promosso da Fondazione San Marcellino e Università di Genova, in collaborazione con Avvocato di Strada, tenutosi il **13 marzo 2025 in Aula della Meridiana** (Via Balbi 5, Genova).

Hanno partecipato all'incontro operatori e operatrici dei servizi coinvolti a vario titolo nei servizi sanitari e sociosanitari, del settore pubblico e del privato sociale, con interventi di:

Enrico Costa, Assessore Servizi Sociali Comune di Genova; Emilio Di Maria, Università di Genova; Gaddo Flego, Direttore Sanitario Ospedale Evangelico Internazionale di Genova; Elisa Malagamba, Direzione Servizi Sociali del Comune di Genova; Viviana Mauro, Responsabile Cure primarie di Alisa; Alberto Mortara, Fondazione Auxilium; Antonio Mumolo, presidente dell'Associazione Avvocato di Strada; Emilio Robotti, Coordinatore Associazione Avvocato di Strada Genova; Vilma Viarengo, Responsabile Anagrafe del Comune di Genova.

Intento dell'iniziativa è giungere all'individuazione di percorsi condivisi e integrati per migliorare la fruibilità dei servizi sanitari e sociosanitari da parte delle persone senza dimora o in situazioni di grave marginalità sociale presenti a Genova. In particolare, l'iniziativa è focalizzata sulla **fruibilità delle cure primarie**, inclusa l'assegnazione del medico di medicina generale per persone senza dimora e l'accesso alla medicina generale di persone straniere in condizione di irregolarità.

Durante l'incontro è emersa la volontà condivisa di allestire un gruppo di lavoro, in prima istanza in maniera informale, per identificare le maggiori criticità, individuare proposte di intervento, e condividerle a breve termine con la comunità e con i responsabili delle organizzazioni coinvolte.

Contesto

Secondo i dati riportati da Avvocato di Strada Onlus, basati sul censimento del 2010 realizzato da ISTAT, Caritas Italiana e Fiopds, in Italia ci sono 47mila persone senza dimora; 4 su 10 (ovvero 18.800) sono italiani. Sono persone potenzialmente prive di residenza, con gravi barriere di accesso al servizio sanitario nazionale: non possono fruire di cure continuative, non possono scegliere un medico di base e ottenere la prescrizione di un farmaco o di una visita specialistica, non possono rivolgersi ai SERD se hanno problemi di dipendenza – cioè vedono leso il proprio **diritto alla salute**, riconosciuto in Italia come diritto dell'individuo e interesse della collettività.

La legge n. 176/2024 “Disposizioni in materia di assistenza sanitaria per le persone senza dimora”¹ ha stabilito, al fine di **assicurare progressivamente il diritto all'assistenza sanitaria a tutte le persone senza dimora**, prive della residenza anagrafica nel territorio nazionale o all'estero e che soggiornano regolarmente nel territorio italiano, di istituire un fondo, con una dotazione di un milione di euro per

¹ [Legge 18 novembre 2024, n. 176](#)

ciascuno degli anni 2025 e 2026, per il finanziamento di un programma sperimentale diretto a consentire alle persone citate:

- l'iscrizione nelle liste degli assistiti delle aziende sanitarie locali;
- la scelta del medico di medicina generale;
- l'accesso alle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA)².

L'effettiva fruibilità del servizio deve essere valutata considerando le diverse fasi dell'erogazione, dall'individuazione del bisogno di salute, alla sua traduzione in termini di prestazioni, dalla garanzia di accesso in condizioni di equità, alla risposta appropriata al bisogno di salute – secondo uno schema generale applicabile nei sistemi universalistici. L'effettiva **fruibilità dei servizi è infatti ostacolata da numerose barriere** lungo tutto il percorso – barriere di natura giuridica, procedurale, linguistica, economica, culturale – e non solo dalle barriere di accesso, che pure sono le più evidenti per le popolazioni svantaggiate.

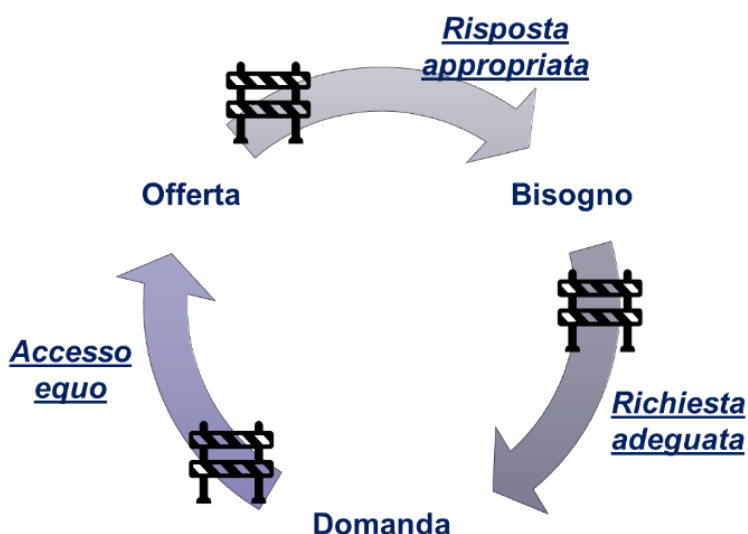


Figura 1

Ridurre le disuguaglianze nell'accesso e abbattere le barriere che ostacolano la fruibilità effettiva di tutti i servizi previsti dal sistema sanitario, è quindi una priorità per la comunità e una responsabilità ineludibile per la *governance* delle organizzazioni che erogano i servizi sanitari e sociosanitari.

Diritto alla salute e persone vulnerabili: quali utenti di quali servizi?

Le azioni prefigurate riguardano prioritariamente le persone senza dimora. Secondo ETHOS, la [classificazione europea dei senza dimora e dell'esclusione abitativa](#) sviluppata per migliorare la comprensione e la misurazione del fenomeno *homelessness* in Europa, la **definizione di persone senza dimora comprende le diverse aree di grave esclusione abitativa**: persone senza tetto, persone prive di una casa, persone che vivono in condizioni di insicurezza abitativa, persone che vivono in condizioni abitative inadeguate.³

Tuttavia, è evidente che le barriere di accesso sperimentate dalle persone senza dimora sono condivise con altre persone con difficoltà di fruizione dei servizi, in particolare le persone straniere in condizione di irregolarità giuridica, ovvero i cosiddetti STP – stranieri temporaneamente presenti, come definiti dal Testo

² [Decreto](#) del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo n. 502 del 1992.

³ [ETHOS Classificazione europea dei Senza Dimora - fio.PSD ETS](#)

Unico sull'immigrazione. Peraltro, la condizione di irregolarità giuridica non è solo degli stranieri, irregolari in una quota minoritaria e inferiore al 10% - si veda lo schema in figura 2, non in scala.

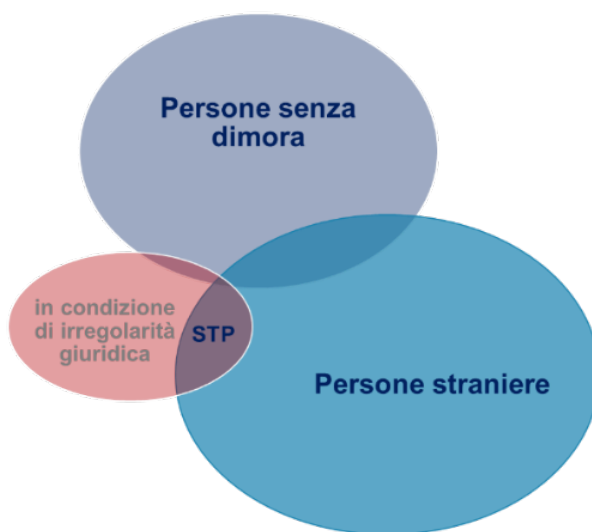


Figura 2

Diritto alla residenza

La residenza è un diritto costituzionalmente garantito, eppure a oggi non esiste una procedura comune a livello nazionale per iscrivere all'anagrafe le persone senza dimora.

Ogni Comune segue le proprie procedure, di solito disciplinate da linee di indirizzo approvate dalla giunta comunale, che lasciano però rilevanti margini di discrezionalità applicativa agli operatori degli uffici anagrafici. Ciò causa difformità non solo fra i diversi comuni, ma anche all'interno dello stesso ambito territoriale a seconda dell'interpretazione assunta dal singolo funzionario, rendendo così difficoltoso l'esercizio effettivo del diritto alle persone senza dimora.

Occorre rammentare che nel nostro ordinamento l'iscrizione anagrafica e la conseguente acquisizione della residenza, è considerata un **diritto soggettivo perfetto**: alla residenza, infatti, sono collegati numerosi altri diritti fondamentali, riconosciuti e tutelati dalla Costituzione (si citano il diritto al patrocinio a spese dello Stato per l'esercizio del diritto di difesa, all'assistenza sanitaria, all'assistenza sociale, al lavoro, alla previdenza sociale, al voto). L'iscrizione anagrafica costituisce altresì un dovere in capo al singolo, cui occorre adempiere per esigenze di sicurezza: lo Stato deve sapere in tempo reale, infatti, per esigenze di ordine pubblico, dove si trovano i cittadini.

Per queste ragioni i Sindaci (e per loro gli uffici incaricati) - che nella materia anagrafica e dello stato civile operano quali Uffici di Governo su delega dello Stato- non possono frapporre ostacoli alla dichiarazione di residenza. I Sindaci devono, al contrario, accogliere tale dichiarazione in tempi brevissimi salvo poi effettuare eventuali controlli.

Le norme in materia sono dettagliate nella sezione [riferimenti normativi](#).

La disciplina adottata dal Comune di Genova

Il Comune di Genova ha modificato l'istituto della residenza fittizia per le persone senza dimora con la deliberazione di Giunta comunale n. 1/2019⁴ che nel disciplinare lo stesso, distingue fra i soggetti senza tetto o senza dimora in carico ai Servizi Sociali Comunali o conosciute dagli Enti e delle Associazioni del Terzo settore e per i quali ai fini dell'iscrizione è sufficiente l'attestazione da parte di tali enti della

⁴ Linee di indirizzo per la gestione anagrafica delle persone in carico ai servizi sociali, sanitari, ufficio emergenza abitativa e ufficio Esecuzione penale esterna del ministero della giustizia e dei cittadini stabilmente presenti sul territorio, ma senza fissa dimora. (10/1/2019).

condizione di “senza tetto” o “senza dimora”, così come è richiesta analoga attestazione per le persone in situazioni eccezionali di estremo disagio sociale e di assoluta precarietà abitativa, in carico ai Servizi Sociali comunali o ai Servizi Sanitari, mentre prevede quanto segue per le persone in situazioni diverse. In particolare la deliberazione citata prevede che: *“Per le persone non in carico ai Servizi Sociali Comunali o Sanitari della ASL 3 e non conosciuti dagli Enti e delle Associazioni del Terzo settore: [occorre] la dichiarazione, da parte dei richiedenti l’iscrizione anagrafica nel registro dei cittadini senza fissa dimora, del possesso di almeno uno dei seguenti elementi, a dimostrazione del domicilio nel Comune di Genova: i) lavoro a Genova; ii) figli che frequentano la scuola a Genova; iii) familiari residenti a Genova; iv) interessi economici o giudiziari a Genova”.*

Focus: diritto alla residenza e fruibilità delle cure primarie

È stata sopra citata la legge 176/2024 che stabilisce l'assegnazione del Medico di Medicina Generale (MMG), con modalità sperimentali, per le persone senza dimora. Va ricordato altresì che **l'assegnazione del MMG non esaurisce l'offerta delle cure primarie** all'interno dei percorsi di cura.

Le cure primarie comprendono infatti diverse strutture e modalità di erogazione: medico di base e pediatra di libera scelta, consultori, servizi per le dipendenze e per la salute mentale, punti di accesso a bassa soglia, assistenza domiciliare, vaccinazioni, etc.

Le case di comunità dovrebbero costituire un modello per l'integrazione sociosanitaria, per l'ampliamento delle opportunità di accesso e quindi di una migliore fruibilità delle cure primarie. Tuttavia, ad oggi l'applicazione di questo nuovo modello appare ancora lontana. L'integrazione socio-sanitaria non può che vedere azioni concertate tra gli attori pubblici responsabili della salute:

- il **Servizio Sanitario Regionale** per la programmazione e l'erogazione delle cure, compresa la prevenzione, articolate sui diversi livelli di complessità e di accesso – le cure primarie costituiscono la piattaforma fondamentale per portare alla comunità i processi di cura;
- il **Comune**, per la responsabilità dell'erogazione dei servizi sociali e perché il Sindaco è il responsabile della salute dei cittadini; i **Municipi**, che attraverso il contatto diretto con le strutture territoriali, partecipano alla programmazione e l'erogazione delle cure, in particolare delle cure primarie.

Azioni:

- In primo luogo, deve essere assicurato l'accesso ai servizi secondo quanto già previsto dalla normativa nazionale e regionale [vedi riferimenti normativi].
- In questa prospettiva, è essenziale garantire la formazione continua degli operatori – nei diversi ruoli e secondo le loro competenze – sulla normativa e sulle procedure esistenti, per garantire le buone pratiche raccomandate.

Azioni ulteriori di miglioramento devono prevedere:

- armonizzazione e snellimento delle procedure per la residenza;
- adeguamento del sistema informativo, incluse le procedure collegate [es. cancellazione del MMG di precedente residenza].

La rimozione della barriera del domicilio è un punto essenziale e qualificante degli interventi necessari. Inoltre, ai fini dell'attribuzione della residenza fittizia il gruppo di lavoro, con l'apporto soprattutto di Ass. Avvocato di strada, grazie all'esperienza maturata a livello nazionale, suggerisce di rivedere la normativa locale.

Obiettivi sono:

- il corretto riconoscimento di un diritto soggettivo personalissimo;
- estensione dei beneficiari;
- erogazione dei servizi secondo gli standard previsti per i cittadini residenti.

Proposta:

➤ Revisione della DGC-2019-1, integrando la stessa mediante inserimento dei seguenti ulteriori elementi a comprova del **legame del richiedente col territorio del Comune** (e quindi il domicilio), e di cui deve essere dimostrato il possesso di almeno uno, tra:

- 1) indirizzo di aggancio presso cui saltuariamente l'interessato si reca;
- 2) indicazione di un luogo specifico ove abitualmente la persona si reca – a titolo di esempio
 - a. luoghi di culto,
 - b. pubblici esercizi di vendita o di somministrazione di alimenti e/o bevande o di fornitura di servizi;
- 3) indicazione di un luogo specifico ove l'interessato è presente abitualmente – a titolo di esempio
 - a. veicolo in cui l'interessato dorme e luogo di ubicazione,
 - b. pensilina, giardino pubblico, sala d'attesa, panchina e analoghi, con specificazione dell'ubicazione, ove l'interessato è presente abitualmente;
- 4) documentazione sanitaria relativa all'utilizzo di struttura, laboratorio, eccetera ubicato sul territorio cittadino;
- 5) documentazione /ricevuta relativa all'utilizzo di servizi pubblici locali o ubicati sul territorio cittadino.

Dall'incontro e dalle riunioni successive del gruppo di lavoro è emersa un sostanziale limite nei dati disponibili. Mentre possono essere rilevati gli utenti presi in carico dai servizi, in ordine al loro accesso alla residenza e all'assegnazione del MMG, non sono disponibili **stime sul bacino dei potenziali utenti** – ovvero non si dispone di studi recenti per stimare quante persone senza dimora presenti a Genova *non* abbiano avuto accesso alla residenza fittizia, quanti di loro *non* abbiano visto assegnato il MMG, e quanti pur presentando bisogni di salute rilevanti *non* abbiano ricevuto un'assistenza appropriata.

Proposta:

➤ Commissionare una ricerca, basata sulla letteratura scientifica e sui dati disponibili, focalizzata sulla descrizione aggiornata della popolazione di riferimento delle persone senza dimora e dei beneficiari della residenza fittizia, sulla stima del bacino dei possibili utenti, e sui loro bisogni di salute.

La ricerca ha come obiettivo fornire un quadro locale centrato sul territorio genovese, utilizzando i dati disponibili attraverso la lettura delle diverse fonti di dati correnti (Regione, comune, Aziende Sanitarie, Enti del Terzo Settore).

L'indagine può altresì suggerire le azioni da adottare per migliorare la base dati e l'integrazione delle informazioni, al fine di ottenere in prospettiva un monitoraggio attendibile e puntuale.

Accesso alle cure primarie: ripartiamo dai principi

Abbiamo già ricordato il principio secondo cui l'assegnazione del **MMG non esaurisce l'offerta delle cure primarie all'interno dei percorsi di cura**.

Circa l'erogazione delle cure agli STP, vale sottolineare che l'erogazione delle cure urgenti o essenziali, ospedaliere e ambulatoriali ancorché continuative – secondo quanto previsto dalle norme nazionali e regionali – non copre la medicina generale degli adulti, che pure è riconosciuta dal SSN come un'area fondamentale. Per esempio, l'Ambulatorio codici bianchi istituita presso l'ASL3 è un utile supporto per l'erogazione di cure essenziali o urgenti, ma non può costituire un punto unico di erogazione delle cure primarie.

Per le persone straniere in condizione di irregolarità [vedi lo schema in fig. 2] vale ricordare la legge vigente⁵, che stabilisce:

- gli stranieri regolari hanno obbligo di iscrizione al SSN e hanno parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani;

⁵ Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". Si veda in particolare il titolo V capo I "disposizioni in materia sanitaria".

- ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Le norme in materia sono dettagliate nella sezione riferimenti normativi.

Nel corso delle attività del gruppo di lavoro, Regione Liguria ha emanato una delibera di giunta che stabilisce di *“avviare una sperimentazione, della durata di due anni, volta a consentire, a medici volontari delle Associazioni, Organizzazioni di Volontariato e Onlus presenti sui vari territori della Regione Liguria, specificamente individuati come “prescrittori”, l’uso del ricettario standardizzato del SSN in forma dematerializzata e/o cartacea, limitatamente alla prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili, per legge, in favore dei soggetti extracomunitari STP a tutti i pazienti sopra individuati: pazienti comunitari (ENI), extracomunitari (STP e PSU) e italiani indigenti privi del medico di medicina generale”*⁶.

Inoltre, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha recentemente rilasciato una propria posizione sui *“principi guida di un’auspicabile riforma dell’assistenza medico-generica e pediatrica più adeguata alle esigenze della persona”* – documento che meriterà di essere considerato in maniera critica dal gruppo di lavoro.

Durante gli incontri sono emersi diversi casi la cui soluzione non appare agevole con le prassi attuali. Queste evenienze possono affrontate come casi studio, per individuare procedure condivise tra le organizzazioni competenti.

Peraltro la stessa occorrenza di casi complessi richiede di essere rilevata e quantificata – soprattutto se si tratta di eventi sentinella che segnalano possibili criticità lesive dei diritti delle persone. Questo sottolinea la necessità di manutenzione costante delle pratiche, di formazione continua degli operatori, di rilevamento dei flussi e di segnalazione di eventi critici.

Azioni:

- Mantenimento delle conoscenze sulla normativa e sulle procedure [es. destinatari in ambito sanitario: operatori front office, operatori sanitari del primo livello e dell'emergenza urgenza]
- Mitigazione delle barriere procedurali [es. codice fiscale, domicilio, permesso di soggiorno definitivo, etc.]

Obiettivi:

- Miglioramento della qualità delle cure
- Riduzione delle disuguaglianze

Proposta:

- Costituzione di un **Osservatorio permanente sul diritto alla residenza e sul diritto alla salute delle persone vulnerabili**. Tra le attività dell’osservatorio:
 - Analisi contestuale dei dati dei flussi, generati e/o curati dagli uffici competenti della pubblica amministrazione, con particolare riguardo a residenza, domicilio, assegnazione del MMG e accesso alle cure primarie
 - Monitoraggio delle pratiche e dei risultati delle azioni adottate
 - Analisi di casi studio e azioni di *advocacy*
 - Supporto alla formazione continua degli operatori, promozione e collaborazione alla formazione degli operatori dei servizi

⁶ Atto N° 262-2025 del 22/05/2025 - Prot/2025/271107 “Avvio sperimentazione per l’uso dei ricettari del SSN da parte di medici volontari delle Associazioni, Organizzazioni di Volontariato e Onlus presenti in Regione Liguria”.

- Supporto all'informazione della popolazione
- Relazioni periodiche ai portatori di interesse

Verso la costituzione di un osservatorio permanente, il gruppo di lavoro dovrebbe svilupparsi includendo in maniera proattiva la voce degli utenti coinvolti.

La natura multidisciplinare e multiprofessionale del gruppo costituisce un valore aggiunto per l'integrazione efficace delle competenze. La prospettiva di mantenere le attività del gruppo prevede anche l'interlocuzione con altri attori istituzionali (es. **Prefettura**) e con gli enti locali (es. i **Municipi**).

Riflessioni comuni

Il gruppo di lavoro non poteva non confrontarsi con l'applicazione del principio di sussidiarietà, in particolare sul ruolo del privato sociale e del volontariato nell'erogazione dei servizi per le persone svantaggiate o vulnerabili.

Il principio condiviso è stato quello dell'estensione dei diritti, senza mettere in discussione i diritti costituzionali e i riconoscimenti acquisiti.

Le azioni qui prefigurate possono rappresentare un'opportunità di miglioramento rispetto all'esistente, anche attraverso modelli innovativi finalizzati alla qualità delle cure.

Sintesi delle proposte

- Mantenere il gruppo di lavoro, verso la costituzione di un osservatorio permanente sul diritto alla residenza e sul diritto alla salute delle persone senza dimora, in condizione di emarginazione grave e vulnerabili.
 - Commissionare una ricerca mirata sui bisogni degli utenti locali e sul rilevamento delle buone pratiche nazionali relative a residenza, domicilio, accesso alle cure.
 - Avviare un processo di revisione della deliberazione di giunta comunale n. 1/2019 sull'applicazione delle norme sulla residenza fittizia.
 - Promuovere l'accesso alle cure primarie da parte delle persone vulnerabili, senza dimora o irregolari, inclusa l'adozione delle norme e delle procedure appropriate per l'accesso ai servizi degli utenti stranieri.
 - Stimolare una riflessione ampia con i diversi portatori di interesse sul ruolo del privato sociale nel garantire servizi essenziali, e sull'applicazione del principio di sussidiarietà nel contesto locale.
-

Note

La bozza è stata redatta a partire da:

- minute delle riunioni dei gruppi di lavoro
- bozza proposta modifiche alla DGC 1/2019 del 28.04.25
- appunti per un indice del documento condiviso V1 – 12.05.25
- sintesi dei riferimenti normativi

Riferimenti normativi

▪ Le norme in materia di domicilio e residenza

L'art. 43 del codice civile definisce le nozioni di **domicilio** e di **residenza**.

Il **domicilio** di una persona è nel luogo in cui essa ha stabilito **la sede principale dei suoi affari e interessi** [art. 14 Cost., artt. 45 e 46c.c.].

La **residenza** è il luogo in cui la persona stabilisce la propria **dimora abituale** intendendosi per tale quella in cui il soggetto vive l'intimità sua e della famiglia: è quindi il luogo degli affetti familiari, dei bisogni elementari ed esistenziali del soggetto.

L'abitudine della dimora, ai fini del riconoscimento della residenza, è data da due elementi: sia (i) il **fatto oggettivo** della stabile permanenza in quel luogo, sia (ii) **l'elemento soggettivo** della volontà di rimanervi (cfr. Cassazione 5-5-80 n.2936).

Per tale ragione non risulta di ostacolo alla iscrizione anagrafica la natura dell'alloggio che, come indicato nella circolare ISTAT del 1992, può consistere in un *"fabbricato privo di licenza di abitabilità, ovvero non conforme a prescrizioni urbanistiche, grotte, alloggi in roulotte"*.

Dalla definizione normativa, risulta evidente che una persona può avere una sola residenza mentre può avere diversi domicili (fiscale, sanitario, processuale).

Il principale riferimento normativo relativo alla iscrizione anagrafica è rappresentato **dalla legge n. 1228 del 1954 e dal relativo regolamento contenuto nel DPR n. 223 del 1989**.

All'art. 1 della legge anagrafica è espressamente previsto che *"In ogni Comune deve essere tenuta l'anagrafe della popolazione residente. Nell'anagrafe della popolazione residente sono registrate le posizioni relative alle singole persone, alle famiglie ed alle convivenze, che hanno fissato nel Comune la residenza, nonché le posizioni relative alle persone senza fissa dimora che hanno stabilito nel Comune il proprio domicilio, in conformità del regolamento per l'esecuzione della presente legge"* -

L'art. 1 del Regolamento dispone che *"L'anagrafe della popolazione residente è la raccolta sistematica dell'insieme delle posizioni relative alle singole persone, alle famiglie ed alle convivenze che hanno fissato nel comune la residenza, nonché delle posizioni relative alle persone senza fissa dimora che hanno stabilito nel comune il proprio domicilio"*.

I soggetti che non hanno una dimora (un luogo fisico, una casa) perché sono senza tetto, **possono ottenere la residenza in una via fittizia secondo quanto previsto dalla circolare ISTAT n.29 del 1992**. In particolare, nella circolare si legge che *"... in analogia al Censimento, che prescrive l'istituzione in ogni Comune di una sezione speciale "non territoriale" nella quale vengono elencati e censiti come residenti tutti i "senza tetto", si ravvisa la necessità che anche in anagrafe venga istituita una via, territorialmente non esistente, ma conosciuta con un nome convenzionale dato dall'ufficiale di anagrafe (es. via... seguita dal nome dello stesso comune, via della Casa Comunale, ecc.)"*.

Dunque l'Istat suggerisce di istituire presso ogni Comune una **via territorialmente inesistente in cui verranno iscritti, con numero progressivo dispari, sia i senza tetto risultanti residenti al censimento, sia le persone senza dimora che eleggono domicilio nel Comune**.

Ne deriva che i soggetti che vivono nel Comune hanno diritto ad ottenere la residenza presso **una via fittizia istituita ad hoc dall'amministrazione comunale, anche se privi di una dimora**.

La legge anagrafica n.1228/1954, per gli aspetti in oggetto, è stata successivamente modificata dalla legge n. 94/2009 che, nello specifico, ha introdotto un onere a carico della persona senza dimora richiedente l'iscrizione anagrafica.

L'art. 2 comma 3 nel testo modificato prevede che *"Ai fini dell'obbligo di cui al primo comma, la persona che non ha fissa dimora si considera residente nel comune dove ha stabilito il proprio domicilio. La persona stessa, al momento della richiesta di iscrizione, è tenuta a fornire all'ufficio di anagrafe gli elementi necessari allo svolgimento degli accertamenti atti a stabilire l'effettiva sussistenza del domicilio. In mancanza del domicilio, si considera residente nel comune di nascita"*.

Se da un lato tale norma ribadisce la possibilità di iscriversi all'Anagrafe pur disponendo solamente di un domicilio, dall'altro richiede **l'indicazione e/o la produzione di elementi** necessari allo svolgimento degli accertamenti per verificare la sussistenza del domicilio.

La verifica della **sussistenza del domicilio** è una questione complessa perché come visto, il disposto normativo non fornisce alcuna indicazione pratico-operativa su come tale accertamento debba essere svolto.

La Corte di Cassazione ha affermato che per domicilio si intende *"il luogo ove la persona, alla cui volontà occorre principalmente avere riguardo, concentra la generalità dei propri interessi, sia materiali ed economici, sia morali, sociali e familiari"* (Corte di Cassazione, sentenza n. 775 del 20/07/1999).

Tali elementi debbono necessariamente essere valutati tenendo conto della peculiare situazione delle persone senza dimora, per cui *"gli affari e gli interessi"* possono essere ricompresi anche nelle **relazioni**, seppur minime, con altri soggetti (persone, istituzioni, associazioni, enti pubblici o privati) sul territorio comunale, che siano in qualche modo **un punto di riferimento per il cittadino**.

▪ Fonti normative sul diritto alla salute

Costituzione della Repubblica Italiana - Articolo 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del servizio sanitario nazionale.

Gli utenti del servizio sanitario nazionale sono iscritti in appositi elenchi periodicamente aggiornati presso l'unità sanitaria locale nel cui territorio hanno la residenza.

DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229 - Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419

La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale

Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli artt. 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n.833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

[...] stabilire i tempi e le modalità generali per l'attivazione dei distretti e per l'attribuzione ad essi di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento nonché, nell'ambito della ridefinizione del ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, quelle per la loro integrazione nell'organizzazione distrettuale

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO - ACCORDO 20 dicembre 2012 - Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome

Lo straniero assicurato al SSR è iscritto, eventualmente, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'ASL nel cui territorio ha residenza ovvero, in assenza di essa, nel cui territorio ha effettiva dimora (per effettiva dimora si intende il luogo indicato nel permesso di soggiorno)

Gli Stranieri Temporaneamente Presenti, STP, sono coloro che, non essendo in regola con il permesso di soggiorno, non sono di norma iscrivibili al SSR. Per costoro la legge prevede: "Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque ESSENZIALI, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva".

Le regioni individuano le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative [agli STP], che possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto senza prenotazione né impegnativa". Ne deriva che per garantire l'assistenza essenziale le Regioni e le P.A. possono prevedere l'assegnazione al MMG e al PLS

Regione Liguria, deliberazione n.585 del 24/05/2014. "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 20-12-2012",

Regione Puglia - Legge regionale 4 dicembre 2009, n. 32 "Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia"

Gli STP scelgono il medico di fiducia, o il pediatra di libera scelta per i minori, presso il distretto sociosanitario, il quale provvede alla registrazione nel sistema informativo nonché al rilascio del relativo codice STP per sei mesi, rinnovabile.

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

I minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono iscritti al Servizio sanitario nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani.

LEGGE 18 novembre 2024, n. 176 - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria per le persone senza dimora.

[...] assicurare progressivamente il diritto all'assistenza sanitaria alle persone senza dimora, prive della residenza anagrafica nel territorio nazionale o all'estero, che soggiornano regolarmente nel territorio italiano, e per consentire alle predette persone l'iscrizione nelle liste degli assistiti delle aziende sanitarie locali, la scelta del medico di

medicina generale o del pediatra di libera scelta, nonché l'accesso alle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza

Regione Liguria - Legge regionale 26 aprile 2023, n. 9 - DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA SANITARIA PER LE PERSONE SENZA FISSA DIMORA

[...] riconosce ai cittadini italiani senza fissa dimora e non residenti in paesi diversi dall'Italia, privi di qualsiasi assistenza sanitaria: la facoltà di iscrizione nelle liste degli assistiti delle aziende sanitarie del SSR, anche a seguito di segnalazione da parte dei servizi sociali e socio sanitari; la facoltà di effettuare la scelta del medico di medicina generale, cosiddetto medico di famiglia o di base, nonché la facoltà di accedere alle prestazioni garantite dai livelli essenziali di assistenza (LEA) per i cittadini italiani residenti in Italia. A tal fine, la Regione Liguria promuove, per la durata minima di un anno, una sperimentazione finalizzata all'attivazione delle forme di assistenza di cui al primo periodo e alla valutazione dell'impatto e dell'efficacia delle disposizioni della presente legge.

Regione Liguria – Giunta Regionale - Deliberazione N° 1395-2023 - Promozione, in via sperimentale, delle forme di assistenza sanitaria di cui alla legge regionale 9/2023: approvazione delle modalità per l'iscrizione nelle liste degli assistiti delle AASSLL e per la scelta del medico di medicina generale da parte dei soggetti aventi diritto. Impegno e liquidazione di € 40.000,00 in favore di A.Li.Sa.

1. MODALITÀ PER L'ISCRIZIONE NELLE LISTE DEGLI ASSISTITI DELLE AASSLL DEL SSR A. ISCRIZIONE SU SEGNALE DA PARTE DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI Il Servizio Sociale dei Comuni, anche attraverso la collaborazione con i servizi sanitari e i soggetti del Terzo Settore che svolgono attività a favore delle persone in situazione di fragilità e secondo le modalità organizzative definite a livello locale: – accerta la condizione prevista dalla normativa - cittadini italiani senza fissa dimora e non residenti in paesi diversi dall'Italia, privi di qualsiasi assistenza sanitaria - sulla base degli elementi acquisibili tramite i servizi anagrafici e grazie agli approfondimenti di tipo sociale; – rilascia apposita attestazione, da esibire agli sportelli di Anagrafe Sanitaria del territorio; – provvede, qualora ne ravvisi il bisogno, all'accompagnamento e alla presa in carico della persona, secondo le modalità previste nei propri regolamenti; – si fa parte attiva nel garantire l'informazione, la sensibilizzazione e la facilitazione all'accesso agli sportelli di Anagrafe Sanitaria ai fini dell'iscrizione al Medico di Medicina Generale dei soggetti in possesso dei requisiti.
2. MODALITÀ PER LA SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE I soggetti di cui alla norma - cittadini italiani senza fissa dimora e non residenti in paesi diversi dall'Italia, privi di qualsiasi assistenza sanitaria - che intendono esercitare la facoltà di effettuare la scelta del medico di medicina generale saranno così disciplinati. I. La scelta del medico di medicina generale è a tempo determinato, con validità annuale, purché permanga la presenza sul territorio regionale e sia attestata attraverso il rilascio del promemoria di iscrizione al SSR da parte dell'anagrafe sanitaria; II. il sistema informatico attualmente in uso in ambito sanitario - ARA (Anagrafe regionale assistiti) - includerà i soggetti come "domiciliati esterni a scadenza"; III. ai fini dell'acquisizione del promemoria di iscrizione al SSR la persona senza fissa dimora dovrà recarsi all'Anagrafe Sanitaria munito di:
a. apposito modulo rilasciato dal Servizio Sociale del Comune che attesti il possesso dei requisiti richiesti ai sensi di legge, b. un documento d'identità personale e/o il Codice Fiscale e/o estratto dell'atto di nascita. Si stabilisce che, ove i soggetti in argomento, dopo l'iscrizione all'ARA come "domiciliati esterni a scadenza", dovessero ottenere l'iscrizione all'anagrafe del comune, sarà compito dell'anagrafe sanitaria regolarizzare la posizione come regolarmente iscritti a tempo indeterminato.

Regione Liguria – Deliberazione di Giunta N° 262-2025 del 22/05/2025 - Avvio sperimentazione per l'uso dei ricettari del SSN da parte di medici volontari delle Associazioni, Organizzazioni di Volontariato e Onlus presenti in Regione Liguria

- 1) di avviare una sperimentazione, della durata di due anni, volta a consentire, a medici volontari delle Associazioni, Organizzazioni di Volontariato e Onlus presenti sui vari territori della Regione Liguria, specificamente individuati come "prescrittori", l'uso del ricettario standardizzato del SSN in forma dematerializzata e/o cartacea, limitatamente alla prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili, per legge, in favore dei soggetti extracomunitari STP a tutti i pazienti sopra individuati: pazienti comunitari (ENI), extracomunitari (STP e PSU) e italiani indigenti privi del medico di medicina generale;
- 2) di dare mandato al Direttore generale di Area Salute e Servizi sociali di disciplinare, con il coinvolgimento delle Aziende Sanitarie, le modalità attuative e gli indicatori di esito di tale sperimentazione, anche al fine di consentire la tracciabilità delle prescrizioni e di valutare gli effetti della sperimentazione stessa ai fini della successiva standardizzazione;
- 3) di dare mandato alle AASSLL di monitorare, attraverso i distretti sociosanitari, le prescrizioni di prestazioni da parte dei medici volontari delle Associazioni, Organizzazioni di Volontariato e Onlus presenti sui vari territori della Regione Liguria;
- 4) di dare atto che gli oneri derivanti dal presente provvedimento verranno assunti nei limiti delle risorse finanziarie da assegnarsi annualmente a favore delle Aziende ed Enti del S.S.R.