



N. 60 – settembre 2024

Disegno di legge A.S. n. 1175, in materia di assistenza sanitaria per le persone senza dimora

Il disegno di legge in titolo, approvato unanimemente dalla Camera il 25 giugno 2024, è finalizzato ad assicurare, **in maniera progressiva, il diritto all'assistenza sanitaria alle persone senza dimora** prive della residenza anagrafica (sul territorio nazionale o all'estero) e soggiornanti regolarmente in Italia. Il provvedimento è volto a **colmare un vuoto di tutela**, ritenuto in contrasto con gli articoli 3 e 32 della Costituzione e con i principi ispiratori della legge n. 833 del 1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, in base ai quali l'assistenza sanitaria va garantita a tutti coloro che risiedono o dimorano nel territorio della Repubblica, senza distinzione di condizioni individuali o sociali (si veda, al riguardo, la relazione di accompagnamento del disegno di legge originario, A.C. n. 433)¹: la lacuna che s'intende colmare consiste nell'impossibilità, per i senza dimora, di essere iscritti al Servizio sanitario nazionale ed esercitare la facoltà di scelta del medico di medicina generale (o del pediatra di libera scelta).

Si ricorda che, in base alla legislazione vigente, qualora un individuo non risulti iscritto all'anagrafe comunale, è preclusa per esso l'assistenza sanitaria da parte del Servizio sanitario nazionale (SSN), fatta eccezione per le prestazioni di emergenza presso il pronto soccorso. Ai sensi dell'articolo 19 della legge istitutiva del SSN (L. n. 833/1978), infatti, condizione essenziale per l'utenza dei servizi ASL è la residenza nello stesso territorio dell'azienda sanitaria, ciò che consente, tra le altre cose, la scelta del c.d. medico di base (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta).

Si ricorda che nell'anagrafe della popolazione residente sono registrate, oltre alle posizioni relative alle singole persone, alle famiglie ed alle convivenze che hanno fissato nel comune la residenza, anche le posizioni relative alle persone senza fissa dimora che hanno stabilito nel comune il proprio domicilio, come previsto dall'art. 1, comma terzo, della legge 1228/1954 sull'ordinamento delle anagrafi della popolazione residente. La predetta legge anagrafica, modificata sul punto dalla legge 94/2009, stabilisce che - ai fini dell'adempimento dell'obbligo di chiedere l'iscrizione nell'anagrafe del comune di dimora abituale - la persona che non ha fissa dimora si considera residente nel comune dove ha stabilito

¹ https://www.camera.it/leg19/995?sezione=documenti&tipoDoc=lavori_testo_pdl&idLegislatura=19&co-dice=leg.19.pdl.camera.433.19PDL0008850&back_to=#RL. Si ricorda che al ddl A.C. n. 433 è stato abbinato il ddl A.C. n. 555 (dichiarato assorbito al termine dell'esame), v. <https://www.camera.it/leg19/126?tab=&leg=19&idDocumento=555&sede=&tipo=>

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. Presso il Ministero dell'interno è istituito un apposito registro nazionale delle persone che non hanno fissa dimora (legge 1228/1954, art. 2, commi terzo e quarto). In attuazione di tale ultima disposizione, il Ministro dell'interno ha adottato il decreto 6 luglio 2010, recante le modalità di funzionamento del registro anzidetto. In riferimento alla problematica della residenza, nel corso dell'*iter* del presente provvedimento alla Camera, è stato rilevato che “pur esistendo un diritto soggettivo alla residenza, moltissimi comuni la negano alle persone senza dimora, con le più disparate motivazioni” (si veda l'intervento in Aula del relatore Furfaro nella seduta n. 303 del 10 giugno 2024)².

Quanto all'ambito soggettivo del disegno di legge in esame, si segnala che, il 15 dicembre 2022, l'ISTAT ha pubblicato i dati del Censimento permanente della Popolazione al 31 dicembre 2021³, rendendo per la prima volta disponibili i dati su alcuni gruppi specifici di popolazione, tra cui i "senza tetto" e i "senza fissa dimora", che risultano complessivamente in un numero di 96.197 (il riferimento è agli iscritti nelle anagrafi comunali), in maggioranza uomini, di cui il 38% cittadini stranieri⁴, provenienti in oltre la metà dei casi dal continente africano. Le persone senza tetto e senza fissa dimora censite risultano iscritte all'anagrafe di 2.198 comuni italiani, e si concentrano per il 50% in 6 comuni a più alta intensità: Roma (23%), Milano (9%), Napoli (7%), Torino (4,6%), Genova (3%) e Foggia (3,7%)⁵.

Relativamente al vigente quadro normativo, per quanto attiene al livello regionale, si ricorda che diverse regioni hanno già legiferato nella materia su cui interviene il provvedimento in esame; si tratta di: Emilia-Romagna (legge regionale 29 luglio 2021, n. 10, recante “Iscrizione dei senza dimora nelle liste degli assistiti delle Aziende sanitarie locali (ASL) regionali”), Puglia (legge regionale 30 novembre 2021, n. 44, recante “Iscrizione dei senza dimora nelle liste degli assistiti delle Aziende sanitarie locali (ASL) regionali”), Abruzzo (legge regionale 17 marzo 2023, n. 14, recante “Iscrizione dei senza dimora nelle liste degli assistiti delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo”), Liguria (legge regionale 26 aprile 2023, n. 9, recante “Disposizioni in materia di assistenza sanitaria per le persone senza fissa dimora”) e Marche (legge regionale 9 novembre 2023, n. 18, recante “Iscrizione dei senza dimora all'Anagrafe sanitaria regionale”). In Piemonte risulta istituita, con provvedimento della Giunta

² L'esistenza di un diritto soggettivo alla residenza è stata ribadita dalla Corte di cassazione, sezioni unite civili, nella sentenza 19 giugno 2000, n. 449. Ivi si statuisce che l'iscrizione anagrafica non è un provvedimento concessorio, ma è un diritto per il cittadino e un obbligo per l'ufficiale d'anagrafe.

³ Si veda <https://www.istat.it/it/files//2022/12/CENSIMENTO-E-DINAMICA-DEMOGRAFICA-2021.pdf>

⁴ Riguardo ai cittadini stranieri, rilevano nella materia in esame anche le «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome», di cui all'Accordo in Conferenza Stato – Regioni 20/12/2012, n. 255/CSR. In riferimento agli stranieri non comunitari regolarmente soggiornanti, è ivi stabilito che lo straniero assicurato al servizio sanitario nazionale è iscritto, 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 il luogo di effettiva dimora si intende quello indicato nel permesso di soggiorno). Il cittadino comunitario è iscritto negli elenchi degli assistibili della ASL nel cui territorio ha la residenza o ne ha fatto richiesta o, in assenza di essa, nel territorio in cui dichiara di avere l'effettiva dimora/domicilio. Sempre riguardo agli stranieri, il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui LEA stabilisce, all'art. 62, che il Servizio sanitario nazionale garantisce agli stranieri obbligatoriamente o volontariamente iscritti parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'assistenza sanitaria erogata in Italia. Stabilisce, inoltre, che l'assistenza sanitaria spetta anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.

⁵ Più in generale, per le più recenti statistiche in materia di povertà, si veda: Istat, Le statistiche sulla povertà, anno 2022 (25 ottobre 2023), <https://www.istat.it/it/files//2023/10/REPORT-POVERTA-2022.pdf>; Istat, Condizioni di vita e reddito delle famiglie, anno 2023 (7 maggio 2024), https://www.istat.it/it/files//2024/05/REPORT-REDDITO-CONDIZIONI-DI-VITA_2023.pdf; Istat, Povertà assoluta e spese per consumi, 25 marzo 2024, https://www.istat.it/it/files//2024/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2023_25.03.24.pdf.

regionale, la figura del “tutor socio-sanitario”, cui è attribuito “il compito di accompagnare le persone senza dimora nella presa in carico socio-sanitaria”⁶.

Ai fini dell’iscrizione anagrafica dei senza dimora, peraltro, in diversi comuni si ricorre ad un indirizzo convenzionale in una via territorialmente non esistente, qualificata come “via virtuale” o “via fittizia”⁷. Sul piano terminologico, infine, mette conto evidenziare che l’espressione “persone senza dimora” (cui fa ricorso il disegno di legge in esame) e quella “persone senza fissa dimora” non sono del tutto equivalenti. Secondo quanto si desume dalle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia⁸, infatti, “La definizione italiana più diffusa per rendere il termine anglosassone *homeless* o il più recente francese *sans chez-soi* è il termine persona senza dimora”, mentre la locuzione “senza fissa dimora” ha una “specificità connotazione burocratico-amministrativa e vale a connotare la condizione di una persona che, non potendo dichiarare un domicilio abituale, è priva di iscrizione anagrafica o ne possiede soltanto una fittizia. La fattispecie, per legge (legge 1228/1954), si applica principalmente a categorie come nomadi, girovaghi, commercianti ambulanti e giostrai, che condividono con le persone senza dimora la mancanza di una residenza e di un domicilio stabili, ma che non necessariamente vivono la condizione di deprivazione che connota le persone senza dimora.”

Il provvedimento in esame si compone di 3 articoli.

L'**articolo 1** istituisce nello stato di previsione del Ministero della salute un **fondo**, con una dotazione di **un milione di euro** per ciascuno degli **anni 2025 e 2026**, per il finanziamento di un **programma sperimentale**, da attuarsi **nelle città metropolitane**, per 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 italiano⁹, 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;
- **l'accesso ai LEA** (ossia alle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017).

Si ricorda che la normativa vigente individua, nell’ambito delle regioni a statuto ordinario, dieci città metropolitane: Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli, Reggio Calabria, a cui si aggiunge la città metropolitana di Roma capitale (art. 1, commi 5 e 101, L. n. 56/2014).

Per quanto riguarda le regioni a statuto speciale, i principi della legge statale succitata valgono come principi di grande riforma economica e sociale, in conformità ai rispettivi statuti, per la disciplina di

⁶ V. [https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/notizie/tutor-socio-sanitari-per-senza-dimora#:~:text=In%20Pie-monte%20sar%C3%A0%20istituita%20la,Organismi%20Persone%20Senza%20Dimora%20\(Fio.](https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/notizie/tutor-socio-sanitari-per-senza-dimora#:~:text=In%20Pie-monte%20sar%C3%A0%20istituita%20la,Organismi%20Persone%20Senza%20Dimora%20(Fio.)

⁷ Molte realtà locali hanno già istituito questo indirizzo sotto il nome di “Via della Casa Comunale” o “Via dell’Ospitalità”, mentre in alcuni comuni l’indirizzo in questione è stato intitolato alla memoria di persone senza dimora realmente esistite e rimaste nell’immaginario collettivo cittadino, come nel caso di “Via Mariano Tuccella” a Bologna o di “Via Modesta Valenti” a Roma.

⁸ Si veda <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Poverta-estreme/Documents/Linee-di-indirizzo-per-il-contrasto-alla-grave-emarginazione-adulta.pdf>

⁹ Si ricorda che gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia hanno l’obbligo o la facoltà, a seconda dei casi previsti dalla normativa vigente, di iscriversi al SSN (art. 34 del d. lgs. 286/1998), mentre agli stranieri non regolarmente soggiornanti sono assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva, senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani (art. 35 del d. lgs. 286/1998). Riguardo agli stranieri v. anche la precedente nota 4.

città e aree metropolitane, nelle regioni Sardegna, Sicilia e Friuli-Venezia Giulia (art. 1, comma 5, secondo periodo, L. n. 56/2014). Finora sono 5 le città metropolitane istituite dalle regioni a statuto speciale: Cagliari, Catania, Messina e Palermo, a cui si aggiunge Sassari, istituita ai sensi della L.R. Sardegna 12 aprile 2021, n. 7. In Friuli-Venezia Giulia una modifica dello statuto ha introdotto il nuovo ente della Città metropolitana, equiparata al livello di governo comunale.

In riferimento alle città metropolitane, l'ISTAT, in una pubblicazione del 2023, ha rilevato che si tratta di aree territoriali corrispondenti al 15,4% della superficie nazionale, in cui risiede il 36,2% della popolazione (oltre 21,3 milioni)¹⁰.

Può essere utile evidenziare che la portata del disegno di legge in esame è stata progressivamente circoscritta nel corso dell'*iter* alla Camera, da ultimo con l'inserimento nel testo del riferimento alle città metropolitane quali sedi di attuazione del programma: il testo iniziale prefigurava una nuova disciplina a regime, attraverso una novella all'art. 19 della citata legge 833/1978 (novella del seguente tenore: "Le persone senza dimora, prive della residenza anagrafica nel territorio nazionale o all'estero, hanno diritto di iscriversi negli elenchi relativi al territorio regionale in cui si trovano"); il testo licenziato dalla Commissione si riferiva a un programma sperimentale e temporaneo, applicabile progressivamente a tutte le le persone senza dimora, prive della residenza anagrafica nel territorio nazionale o all'estero e che soggiornano regolarmente nel territorio italiano; il testo infine approvato dalla Camera, come visto, prevede che il programma in questione sia da attuare, con riguardo alla platea predetta, nelle sole città metropolitane. Durante la discussione nell'Assemblea della Camera, è stato sottolineato che il provvedimento ha avuto una gestazione lunga in relazione a due criticità fondamentali: una concernente l'identificazione della platea dei senza fissa dimora, l'altra riguardante la relativa contabilizzazione economica; per questo, in ultima analisi, si è optato per una misura di orizzonte temporale limitato e di carattere sperimentale, da mettere successivamente "a sistema" (si veda l'intervento del sottosegretario di Stato per la Salute Gemmato nella seduta n. 303 del 10 giugno 2024). Nel corso della discussione sono state espresse riserve riguardo alla previsione di una "progressiva" assicurazione del diritto all'assistenza sanitaria e rispetto all'attuazione del programma nelle sole città metropolitane.

In proposito, si ricorda che, nella giurisprudenza della Corte costituzionale, quello alle prestazioni sanitarie è stato talora configurato come diritto "finanziariamente condizionato", giacché "l'esigenza di assicurare la universalità e la completezza del sistema assistenziale nel nostro Paese si è scontrata, e si scontra ancora attualmente, con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario" (v. sent. 248 del 2011 e ulteriore giurisprudenza ivi richiamata). In altre occasioni, peraltro, la Corte stessa ha precisato che le esigenze della finanza pubblica, pur necessariamente da considerare, non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana; ed è certamente a quest'ambito - sottolinea la Corte - che appartiene il diritto dei cittadini in disagiate condizioni economiche, o indigenti secondo la terminologia dell'art. 32 della Costituzione, a che siano loro assicurate cure gratuite (sent. 309 del 1999 e ulteriore giurisprudenza ivi richiamata).

L'articolo in esame prevede che il fondo suddetto sia **ripartito tra le regioni**, sulla base della popolazione residente nelle città metropolitane presenti nei rispettivi territori, **con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze**, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente provvedimento, **previa intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni e sentite le associazioni** di volontariato e di assistenza sociale "maggiormente rappresentative" operanti in favore delle persone senza dimora.

¹⁰ <https://www.istat.it/it/archivio/281301>. L'ISTAT fa riferimento, nella pubblicazione summenzionata, a 14 città metropolitane: Bari, Bologna, Cagliari, Catania, Firenze, Genova, Messina, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Roma, Torino e Venezia.

Con il predetto decreto devono altresì essere stabiliti i **criteri per l'accesso al programma** sperimentale in oggetto e per la relativa attuazione, in modo da garantire il **rispetto del limite** delle disponibilità del fondo, e deve essere posta la **disciplina delle modalità per la verifica della spesa** effettivamente sostenuta nel corso di ciascun esercizio finanziario.

Lo schema dell'adottando decreto attuativo, corredato di una **relazione tecnica** sugli aspetti finanziari¹¹, va trasmesso alle Camere per l'espressione dei **pareri delle Commissioni parlamentari** competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano entro il termine di venti giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale il decreto può essere comunque adottato.

L'**articolo 2** prevede che, a partire dall'anno successivo a quello di entrata in vigore del presente provvedimento, entro il 30 giugno di ciascun anno, il Governo presenti alle Camere una **relazione sullo stato di attuazione** del medesimo provvedimento, con particolare riferimento:

- al **numero di persone senza dimora** iscritte negli elenchi delle aziende sanitarie locali di ciascuna regione;
- al numero e alla tipologia delle **prestazioni erogate** in favore delle persone senza dimora;
- alle eventuali **criticità** emerse in sede attuativa;
- ai **costi** effettivamente sostenuti.

Ai sensi dell'**articolo 3**, agli **oneri** derivanti dal disegno di legge in esame, quantificati in 1.000.000 di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero medesimo.

a cura di Silvio Biancolatte

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

¹¹ Predisposta dalle amministrazioni competenti e verificata dal Ministero dell'economia e delle finanze, in conformità al richiamato articolo 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 (Legge di contabilità e finanza pubblica).