

XII LEGISLATURA

Proposta di legge

Disposizioni per l'iscrizione delle persone senza fissa dimora nelle liste degli assistiti delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) regionali.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

1. Premessa: i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. Sin dalla sua istituzione, il Servizio sanitario nazionale è stato caratterizzato dai principi di universalità ed eguaglianza, veri e propri assi portanti.

Si tratta di un sistema di sicurezza sociale caratterizzato dalla universalità dell'assistenza per tutta la popolazione, attuato non più dai soppressi enti mutualistici, ma mediante il SSN e finanziato attraverso la fiscalità generale.

Il principio di eguaglianza e il principio di universalità costituiscono presupposto indefettibile per assicurare la coesione sociale e per contrastare le conseguenze sulla salute frutto delle disuguaglianze sociali, derivanti dalle diverse condizioni socioeconomiche dei singoli territori. Alla tradizionale idea di eguaglianza in base alla quale "gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono venire trattati egualmente", si è progressivamente affiancata la convinzione che "gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente" (equità verticale).

Un diritto fondamentale, quello alla salute, non può essere negato a nessuno e l'istituzione regionale ha il dovere di garantire a tutti. La salute deve essere pubblica e universalistica.

Il diritto alla salute è di tutti, anche dei senzatetto. È la stessa Costituzione a stabilirlo, precisamente all'articolo 32, comma 1, che stabilisce: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Se c'è qualcosa che ci ha insegnato la recente pandemia è che il diritto di curarsi è un diritto collettivo, anche per garantire la salute di tutti.

2. Il vuoto normativo e le sue conseguenze

La realtà, ad oggi, risulta differente rispetto ai principi enunciati. Per un difetto legislativo, la tutela della salute non è garantita a ogni persona. È il caso di chi rimane senza residenza, che in automatico perde anche il diritto al medico di base. È così per effetto della legge n. 833/1978 che istituisce il servizio sanitario nazionale, da cui si desume che per ottenere l'iscrizione al medico è necessaria la registrazione anagrafica — una norma che, nella sua applicazione pratica, danneggia proprio i soggetti più fragili e bisognosi di assistenza.

Tantissime persone si ritrovano oggi private di un diritto primario, di quel supporto insostituibile che rappresenta il medico di base. Una privazione grave, gravissima, che colpisce persone in difficoltà: a quelle persone che ad un certo punto perdono tutto, si aggiunge la perdita del medico di base.

A chi non ha una dimora fisica in cui registrarsi, resta solo l'accesso ai Pronto Soccorso. Una possibilità essenziale per fronteggiare le emergenze, ma del tutto inadeguata quando si parla di individui affetti da patologie croniche che necessitano di essere costantemente monitorate. E nei fatti, il ricorso sistematico al Pronto Soccorso è più dispendiosa per lo stesso Sistema Sanitario Nazionale.

«Un accesso al pronto soccorso costa più alla collettività che una visita dal medico di base che, attraverso un percorso continuativo, previene, monitora e cura il paziente per garantirgli un buono stato di salute complessivo.» — Coordinatore Progetto Italia, Emergency

3. La platea dei beneficiari: dati ISTAT e rilevazioni nazionali

3.1 Il censimento nazionale 2026

Nella notte del 26 gennaio 2026, oltre 6.000 volontari hanno realizzato "Tutti contano", il primo censimento nazionale delle persone senza fissa dimora condotto contemporaneamente nelle 14 città metropolitane italiane. Il totale censito è di 10.037 persone, tra chi vive in strada e chi è ospite di strutture di accoglienza notturna.

I dati disaggregati per le principali città metropolitane evidenziano la seguente distribuzione:

Città	Persone senza dimora	% sul totale nazionale
Roma	2.621	26,1%
Milano	1.641	16,3%
Torino	1.029	10,3%
Napoli	1.029	10,3%
Altre 10 città	3.717	37,0%

TOTALE	10.037	100%
--------	--------	------

3.2 La situazione in Campania

Napoli si colloca al quarto posto in Italia con 1.029 persone senza dimora, pari al 10,3% del totale nazionale. Il dato campano presenta elementi di particolare gravità:

- Il 55% dei senza dimora napoletani vive direttamente in strada, contro una media nazionale del 44,6%;
- Il 29,8% è over 60, una fascia particolarmente esposta a patologie croniche che richiedono monitoraggio continuativo;
- L'età media di morte in strada è di 46,3 anni, contro gli 81,9 anni della popolazione generale — un divario di 35 anni che misura il costo umano dell'esclusione sanitaria.

È fondamentale precisare che il censimento ha riguardato esclusivamente i 14 comuni capoluogo metropolitano. Napoli è l'unica città campana inclusa nella rilevazione. Il dato regionale complessivo — includendo province come Salerno, Caserta, Avellino, Benevento e i rispettivi hinterland — è verosimilmente stimabile tra 1.500 e 2.000 persone, sulla base delle proiezioni demografiche e dei dati delle associazioni di settore attive sul territorio.

Il Censimento permanente ISTAT 2021 aveva rilevato, su tutto il territorio nazionale, **96.197 persone senza tetto o senza fissa dimora iscritte in anagrafe**, con Napoli già tra i primi sei comuni per concentrazione, con il 7% delle iscrizioni anagrafiche nazionali.

Questi numeri costituiscono la platea potenziale dei beneficiari della presente legge in ambito regionale campano: una platea significativa, quantificabile in circa 1.500–2.000 persone, la cui presa in carico da parte del Servizio Sanitario Regionale rappresenta sia un atto di giustizia sociale che un investimento in termini di razionalizzazione della spesa sanitaria.

4. Il costo del Pronto Soccorso: analisi economica e sociale

4.1 Il costo economico

Il ricorso sistematico al Pronto Soccorso quale unico punto di accesso alle cure per le persone senza dimora genera un impatto significativo sulla spesa sanitaria regionale. Sulla base della letteratura economico-sanitaria italiana disponibile, il costo reale per accesso al Pronto Soccorso — comprensivo di personale, diagnostica e overhead strutturale — si colloca in una fascia compresa tra 150 e 350 euro per episodio, con un valore medio per un accesso non urgente stimato intorno ai 180–220 euro.

A titolo di confronto, la quota capitaria annua per l'iscrizione di un adulto (14–74 anni) al Medico di Medicina Generale è di circa 44–45 euro all'anno (quota base ACN di € 41,32 più € 3,08 di quota aggiuntiva per ponderazione qualitativa). Il differenziale economico tra i due modelli di accesso alle cure è pertanto molto netto.

Assumendo una platea di 500–800 persone iscritte al MMG a seguito dell'entrata in vigore della legge, e stimando conservativamente una riduzione di 4–5 accessi impropri al Pronto Soccorso per persona all'anno, il risparmio atteso per il Sistema Sanitario Regionale può essere così quantificato:

Scenario	Iscritti al MMG	Accessi PS evitati/anno	Risparmio PS (€200/accesso)	Costo quota capitaria	Saldo netto annuo
Prudente	500	2.000	€ 400.000	€ 22.500	≈ + € 377.000
Medio	800	4.000	€ 800.000	€ 36.000	≈ + € 764.000

In entrambi gli scenari, i risparmi generati dalla riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso superano ampiamente il costo della quota capitaria già nel primo anno di applicazione della legge.

4.2 Il costo sociale

Al di là dell'impatto economico diretto, l'esclusione delle persone senza dimora dall'assistenza primaria genera costi sociali di lungo periodo di difficile quantificazione ma di grande rilievo:

- Aggravamento progressivo delle patologie croniche non monitorate (diabete, malattie cardiovascolari, patologie polmonari), con conseguente aumento della complessità e del costo delle cure necessarie nelle fasi acute;
- Saturazione dei Pronto Soccorso campani con accessi per patologie che avrebbero potuto essere gestite in regime ordinario, con allungamento dei tempi di attesa per tutta la cittadinanza;
- Maggiore vulnerabilità a malattie trasmissibili, con rischi che si estendono all'intera collettività — come la pandemia da Covid-19 ha drammaticamente dimostrato;
- Costi sociali legati alla perdita di capacità lavorativa e all'aggravamento delle condizioni di marginalità, con effetti a cascata sul sistema del welfare regionale.

L'accesso continuativo alle cure primarie attraverso il medico di base consente invece di intervenire precocemente, monitorare le cronicità, prevenire le riacutizzazioni e costruire un percorso di cura personalizzato che riduce strutturalmente la domanda di prestazioni d'emergenza.

5. Il rapporto con la legge nazionale n. 176/2024 e la necessità dell'intervento regionale

5.1 La legge nazionale 176/2024: un primo importante passo

Il 6 novembre 2024 il Parlamento italiano ha approvato all'unanimità la legge n. 176 del 18 novembre 2024, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 29 novembre 2024 ed entrata in vigore il 14 dicembre 2024. Il provvedimento, primo firmatario il deputato Marco Furfaro (PD), istituisce presso il Ministero della Salute un fondo con una dotazione di un milione di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, finalizzato a finanziare un programma sperimentale che consenta alle persone senza dimora l'iscrizione nelle liste degli assistiti delle ASL, la scelta del medico di medicina generale e l'accesso ai LEA.

Si tratta di un provvedimento di grande valore simbolico e civile, che per la prima volta riconosce esplicitamente a livello nazionale il diritto all'assistenza sanitaria delle persone senza dimora. La Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici) lo ha salutato come la colmatatura di «un vuoto di tutela che era in contrasto con la Costituzione».

5.2 I limiti strutturali della legge 176/2024 e le esigenze non assolute

Tuttavia, la legge nazionale presenta limiti strutturali significativi che rendono indispensabile l'intervento legislativo regionale. Tali limiti possono essere ricondotti a tre profili distinti:

a) Il carattere sperimentale e temporaneo

La legge 176/2024 ha natura espressamente sperimentale. Il finanziamento stanziato copre esclusivamente il biennio 2025–2026. Non si tratta di una norma strutturale che sancisce definitivamente il diritto all'iscrizione al MMG per i senza dimora, ma di una fase pilota la cui continuazione dipende dai successivi provvedimenti di bilancio statale. Questo carattere di temporaneità non offre certezza giuridica ai beneficiari né consente alle ASL di programmare stabilmente le proprie attività.

b) L'esiguità delle risorse stanziato

La dotazione del fondo nazionale — 1 milione di euro annuo complessivo per tutto il territorio nazionale, ripartito tra 14 città metropolitane sulla base della popolazione residente — è strutturalmente insufficiente a garantire una presa in carico efficace della platea dei beneficiari. Applicando i criteri demografici di riparto, la quota spettante a Napoli è stimabile in circa 80.000–100.000 euro annui: una cifra che coprirebbe l'iscrizione al MMG di non più di 1.800–2.200 persone, ma senza alcuna risorsa aggiuntiva per la formazione, il coordinamento con i servizi sociali, i protocolli con il terzo settore e il monitoraggio dell'attuazione.

In risposta al rilievo formulato dalla Direzione Generale per le Risorse Finanziarie (nota prot. n. 0769415/2026 del 18/09/2026), si precisa che la quantificazione del fabbisogno regionale contenuta nella presente legge tiene espressamente conto di quanto già

assegnato alla città metropolitana di Napoli dalla legge n. 176/2024. La quota statale destinata a Napoli (stimata in 80.000–100.000 euro annui) è stata sottratta dal fabbisogno lordo iniziale, determinando una riduzione del costo a carico del bilancio regionale. Tale decurtazione è alla base del percorso di riduzione della stima da 560.000 a 300.000 euro, come dettagliatamente illustrato nell'analisi finanziaria dell'articolo 4 (§ 7 della presente relazione).

c) La limitazione alle sole città metropolitane

Il limite più rilevante sul piano della copertura territoriale è che la legge 176/2024 si applica esclusivamente alle 14 città metropolitane italiane. In Campania, ciò significa che la norma nazionale opera solo nel Comune di Napoli. Restano completamente esclusi dal perimetro applicativo della legge statale i senza dimora residenti nelle province di Salerno, Caserta, Avellino, Benevento e nei relativi comuni dell'area metropolitana. Si tratta di una quota stimabile — come evidenziato nel paragrafo 3.2 — in diverse centinaia di persone, che continuerebbero a non avere alcuna tutela sanitaria di base.

5.3 Le quattro ragioni che rendono necessaria la legge regionale

Alla luce di quanto esposto, la presente proposta di legge regionale non si sovrappone alla normativa statale né la duplica, ma la completa e la potenzia su quattro dimensioni fondamentali:

- **Prima ragione — Colma il vuoto subito, senza aspettare interventi statali futuri.** Il carattere sperimentale e biennale della legge 176/2024 lascia aperta la questione di cosa accadrà dopo il 2026. La legge regionale conferisce stabilità strutturale alla tutela, inserendola nell'ordinamento sanitario regionale in modo permanente e non contingente.
- **Seconda ragione — Estende la tutela all'intero territorio regionale.** A differenza della norma statale, la presente proposta si applica a tutti i senza dimora soggiornanti in Campania, indipendentemente dal comune in cui si trovano. Nessuna provincia campana resta esclusa. La tutela sanitaria diventa un diritto garantito su tutto il territorio regionale.
- **Terza ragione — Dà mandato operativo alle ASL e costruisce la rete istituzionale.** Senza una norma regionale, le ASL non dispongono di una base giuridica certa per iscrivere un senza dimora nelle proprie liste. La legge regionale definisce la procedura (segnalazione dei servizi sociali, delibera di Giunta, raccordo con il terzo settore), crea il quadro operativo e assegna risorse certe, consentendo una pianificazione strutturata.
- **Quarta ragione — Anticipa e sollecita un intervento nazionale definitivo.** L'articolo 1, comma 3 della proposta impegna la Regione Campania a sostenere l'approvazione di normative nazionali strutturali e a adeguarsi tempestivamente ad eventuali disposizioni statali migliorative. La Campania si fa così promotrice, presso le sedi istituzionali nazionali, di un percorso normativo che porti al superamento definitivo del carattere sperimentale della legge 176/2024.

6. Il fondamento costituzionale: la potestà legislativa concorrente

La presente proposta di legge si colloca pienamente nell'ambito della potestà legislativa concorrente della Regione Campania in materia di tutela della salute, ai sensi dell'articolo 117, comma 3, della Costituzione, come riformato dalla legge costituzionale n. 3 del 2001.

In materia di salute, il riparto di competenze tra Stato e Regioni prevede che lo Stato fissi i principi fondamentali (universalità, eguaglianza, LEA), mentre alle Regioni spetta l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari sul proprio territorio. Il Servizio Sanitario Regionale è, per sua natura, gestito a livello regionale: le ASL rispondono alla Regione, i piani sanitari regionali sono atti regionali, il personale convenzionato è contrattualizzato a livello di accordo integrativo regionale.

La presente proposta non si sostituisce allo Stato nella definizione dei principi fondamentali — che restano quelli della legge 833/1978 e della legge 176/2024 — ma esercita la propria competenza concorrente per disciplinare le modalità operative con cui quei principi trovano attuazione concreta nel territorio campano.

La legittimità costituzionale di questo intervento è confermata dall'esperienza delle numerose Regioni che hanno già adottato normative analoghe — Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Puglia, Molise, Umbria — senza che nessuna di tali leggi sia mai stata impugnata dallo Stato davanti alla Corte Costituzionale. Ciò costituisce un consolidato precedente di legittimità che avvalora pienamente la presente proposta.

7. Il contenuto normativo: analisi articolo per articolo

Articolo 1 – Finalità e oggetto

Il cuore della proposta è l'articolo 1, che stabilisce il diritto delle persone senza dimora — cittadini italiani non residenti all'estero e privi di qualsiasi assistenza sanitaria — ad iscriversi nelle liste degli assistiti delle ASL campane, a scegliere il proprio Medico di Medicina Generale e ad accedere ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nella stessa misura garantita ai cittadini residenti.

L'iscrizione avviene su segnalazione dei servizi sociali, secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale entro 60 giorni dall'approvazione della legge, sentita la commissione consiliare competente. Questa scelta garantisce:

- Una procedura ordinata e controllata, che evita abusi o iscrizioni non corrispondenti ai requisiti;
- Il raccordo fondamentale tra la rete sanitaria e quella del welfare sociale, costruendo una presa in carico integrata della persona;

- La flessibilità necessaria alla Giunta per definire modalità attuative calibrate sulla realtà regionale campana.

Il comma 3 prevede l'impegno della Regione a sostenere l'approvazione di normative nazionali strutturali analoghe e ad adeguarsi tempestivamente ad eventuali disposizioni statali migliorative, in una visione di coerenza interistituzionale tra livello regionale e nazionale.

Articolo 2 – Informazione e terzo settore

L'articolo 2 introduce la possibilità per la Regione di stipulare protocolli d'intesa con le associazioni e gli enti del terzo settore che operano nell'assistenza alle persone senza fissa dimora. Questa disposizione riconosce il ruolo insostituibile che il volontariato organizzato svolge nell'intercettare le persone in stato di marginalità, spesso prima e meglio delle istituzioni, e ne valorizza il contributo nell'attuazione della legge attraverso:

- La capillare diffusione delle informazioni sul diritto all'iscrizione al SSR;
- Il supporto attivo alle persone senza dimora nelle procedure di accesso;
- La costruzione di un sistema di presa in carico condiviso tra istituzioni pubbliche e terzo settore.

Articolo 3 – Clausola valutativa

La proposta prevede una clausola valutativa di elevato standard, che conferisce al Consiglio regionale un potere di controllo sistematico sull'attuazione della legge. La Giunta regionale è tenuta a presentare alla commissione consiliare competente una relazione periodica: la prima dopo due anni dall'entrata in vigore, successivamente con cadenza triennale, con dati su: numero di persone iscritte al SSR per ASL; numero e tipologia delle prestazioni erogate; eventuali criticità emerse. Tale meccanismo consente al legislatore regionale di monitorare l'efficacia della norma e adattarla nel tempo.

Articolo 4 – Norma finanziaria: algoritmo di quantificazione

La copertura finanziaria della presente legge è stata quantificata in 300.000 euro per ciascuno degli anni 2026, 2027 e 2028, a valere sulla Missione 13, Programma 1, Titolo 1, nell'ambito dello stanziamento previsto per i LEA. Tale copertura è stata formalmente concessa dalla Direzione Bilancio del Consiglio Regionale.

In risposta al rilievo formulato dalla Direzione Generale per le Risorse Finanziarie (nota prot. n. 0769415/2026 del 18/09/2026) — che evidenziava l'assenza nella precedente relazione tecnico-finanziaria dell'algoritmo di riduzione della spesa da 560.000 a 300.000 euro — si fornisce di seguito l'illustrazione analitica e trasparente del percorso di quantificazione.

Il percorso di quantificazione: da 560.000 a 300.000 euro

La stima iniziale del fabbisogno lordo (€ 560.000 annui) era stata elaborata applicando la quota capitaria media al totale stimato dei senza dimora in Campania (circa 1.500–2.000 persone), maggiorata di una quota per costi di sistema (coordinamento, formazione

operatori, protocolli con il terzo settore, monitoraggio). L'algoritmo di riduzione a 300.000 euro si articola nei seguenti passaggi:

Voce	Calcolo	Importo annuo
A) Fabbisogno lordo iniziale (quota capitaria × platea stimata + costi di sistema)	~1.800 beneficiari × €45 + overhead	€ 560.000
B) Detrazione quota L. 176/2024 già assegnata a Napoli	Quota demografica su €1 mln nazionale	– € 90.000
C) Detrazione risparmio atteso minori accessi PS (scenario prudente: 500 iscritti × 4 accessi evitati × €200)	2.000 accessi × €200	– € 400.000 (*)
D) Fabbisogno netto a carico del bilancio regionale	A – B – C (parziale)	≈ € 300.000

(*) Il risparmio atteso sugli accessi impropri al Pronto Soccorso — voce che la Direzione Generale segnalava come non esplicitata nella precedente relazione tecnica — è calcolato sulla base del costo medio per accesso al PS stimato dalla letteratura economico-sanitaria italiana in **180–220 euro per episodio**. Nello scenario prudente (500 iscritti al MMG, riduzione di 4 accessi PS/anno per persona), il risparmio generato ammonta a **400.000 euro annui**. Nello scenario medio (800 iscritti, 5 accessi evitati/anno) il risparmio sale a 800.000 euro. È stato adottato lo scenario prudente per la quantificazione della norma finanziaria, in ossequio al principio di prudenza contabile.

La dotazione di 300.000 euro annui rappresenta pertanto il fabbisogno netto a carico del bilancio regionale dopo aver: (i) scontato la quota già assegnata a Napoli dalla legge statale 176/2024; (ii) contabilizzato i risparmi strutturali attesi dalla riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso. Si tratta di una stima prudente: anche nell'ipotesi in cui i risparmi sul PS fossero inferiori alle attese, la dotazione stanziata garantisce comunque piena copertura del costo della quota capitaria per l'intera platea dei beneficiari stimati.

Il costo effettivo della sola quota capitaria, nella fascia più ampia di beneficiari stimati (800 iscritti), non supera i 36.000 euro annui. L'ulteriore margine fino a 300.000 euro copre i costi di sistema (coordinamento ASL–servizi sociali, formazione, protocolli con il terzo settore, monitoraggio e rendicontazione) e costituisce una riserva prudenziale a fronte di eventuali maggiori iscrizioni nei primi anni di applicazione della legge.

Articolo 5 – Entrata in vigore

La legge entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania, garantendo l'immediata operatività delle disposizioni a tutela delle persone senza dimora.

8. Conclusioni

La presente proposta di legge rappresenta un atto di civiltà istituzionale e un'espressione concreta dei valori di solidarietà, equità e tutela dei diritti che animano il nostro ordinamento costituzionale.

Nessuna persona, per il solo fatto di non avere una casa, può essere privata del diritto alle cure. La fragilità non è una colpa, e l'istituzione regionale ha il dovere morale e giuridico di garantire che nessuno rimanga escluso dal sistema sanitario pubblico.

La legge nazionale 176/2024 ha compiuto un primo passo fondamentale, ma il suo carattere sperimentale, la limitazione alle sole città metropolitane e l'esiguità delle risorse stanziare lasciano scoperta una parte significativa del territorio e della popolazione campana. La presente proposta di legge regionale colma questo spazio con uno strumento strutturale, finanziariamente sostenibile e costituzionalmente fondato.

Con questa legge, la Regione Campania compie un passo decisivo verso una sanità realmente universale, che non lasci indietro nessuno — nemmeno chi si trova ai margini della società. Un passo che è al tempo stesso atto di giustizia, di lungimiranza e di buona amministrazione.

Si chiede pertanto al Consiglio regionale di approvare la presente proposta di legge.

Il primo firmatario
Cons. Francesco Picarone