

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUL SISTEMA DI ACCOGLIENZA, DI IDENTIFICAZIONE ED
ESPULSIONE, NONCHÉ SULLE CONDIZIONI DI TRATTENIMENTO
DEI MIGRANTI E SULLE RISORSE PUBBLICHE IMPEGNATE**

RESOCONTO STENOGRAFICO

50.

SEDUTA DI MARTEDÌ 14 GIUGNO 2016

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **FEDERICO GELLI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		del presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno, Vincenzo Schiavone, direttore generale, e Fulvio Calise, direttore scientifico:	
Gelli Federico, <i>Presidente</i>	3	Gelli Federico, <i>Presidente</i>	14, 16, 20, 21, 23, 24
Seguito dell'audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin:		Calise Fulvio, <i>direttore scientifico del presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno</i>	21
Gelli Federico, <i>Presidente</i>	3, 7, 10, 11, 14	Colonnese Vega (M5S)	23
Burtone Giovanni (PD)	12, 13	Russo Dimitri, <i>Sindaco di Castel Volturno</i>	14, 23
Carnevali Elena (PD)	11, 12	Schiavone Vincenzo, <i>Direttore generale del presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno</i>	16, 21, 24
Chaouki Khalid (PD)	13		
Lorenzin Beatrice, <i>Ministro della salute</i>	3, 8, 10, 11, 12, 13		
Audizione congiunta del sindaco di Castel Volturno, Dimitri Russo, e dei responsabili			

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
FEDERICO GELLI

La seduta comincia alle 10.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che della presente audizione sarà redatto un resoconto stenografico e che, ove necessario, anche su richiesta di un commissario ovvero del soggetto audito, i lavori della Commissione potranno proseguire in seduta segreta. Al riguardo, per assicurare la massima fluidità del dibattito pubblico, prego i colleghi di riservare eventuali quesiti da sviluppare in sede riservata alla parte finale della seduta.

Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso e la trasmissione diretta sulla *web-TV* della Camera dei deputati.

Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito. Dispongo, pertanto, l'attivazione dell'impianto.

Seguito dell'audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin:

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, che ringrazio nuovamente per essere tornata dinanzi questa Commissione, in tempi anche molto brevi.

Ricordo che nella seduta dell'8 giugno la titolare del Dicastero aveva svolto un'arti-

colata e copiosa relazione e che, per concomitanti impegni parlamentari, il dibattito era stato rinviato alla seduta odierna. Allo scopo di orientare la replica del ministro, ferma restando la facoltà di intervento di ciascun commissario in questa sede, avevo sollecitato i colleghi a formulare preventivamente i quesiti su cui richiedevano chiarimenti. In particolare, sono state trasmesse al ministero le questioni sollevate dai colleghi Beni, Carnevali, Lorefice e Rondini, i cui testi sono in distribuzione e, come dicevo, sono stati ovviamente consegnati al ministro.

Se non vi sono, per ora, altre richieste di intervento, lascerei la parola al Ministro Lorenzin, pregandola di sintetizzare di volta in volta il quesito al quale replica.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Ci sono alcuni temi che si sovrappongono. Pertanto, cercherò di rispondere nel merito. In alcuni casi, però, troverete che una risposta, in realtà, esaurisce anche le altre.

Sono state tre, fondamentalmente, le questioni aperte più forti: quella riguardante l'esenzione dai *ticket*, un tema riguardante i dati — mi dispiace che non ci sia l'onorevole Rondini, ma risponderò comunque — e poi un tema che mi permette, in questo caso, veramente di chiarire le competenze, cioè ciò che è competenza delle Regioni, ciò che è competenza del Ministero della salute e ciò che è competenza del Ministero dell'interno.

Comincio dai quesiti che sono stati presentati dall'onorevole Elena Carnevali. Sono quesiti copiosi, ma estremamente importanti, in cui l'onorevole ci sollecitava il fatto — tra l'altro poi presentato in modo diverso anche da altri parlamentari — di come nella sua audizione il Presidente Zingaretti abbia avanzato la proposta di un'e-

senzione dal *ticket* estesa e uniforme in tutte le Regioni, per un periodo superiore ai sei mesi.

Questa è una questione che abbiamo affrontato con il ministero. Da questo punto di vista poi vi dirò, perché abbiamo sollecitato più volte il Ministero dell'economia e delle finanze — e lo stiamo facendo tuttora — per iscritto, per le vie brevi e anche via *e-mail*. Insomma, lo abbiamo più volte sollecitato, con tutti i possibili strumenti, soprattutto sulla questione dei 60 giorni, che è uno dei temi più importanti.

In merito alla questione dell'esenzione dal *ticket* mi preme ricordare che, in assenza di una precisa previsione normativa — che per l'appunto non c'è — il Ministero della salute ha sempre specificato che, non essendo stata data ai richiedenti asilo o protezione facoltà di intrattenere regolari rapporti di lavoro durante il periodo di richiesta di asilo, le prestazioni sanitarie sono fornite in esenzione dal sistema di compartecipazione alla spesa, assimilandoli ai disoccupati iscritti alle liste di collocamento.

Con l'entrata in vigore del decreto legislativo n. 142 del 2015, in attuazione della direttiva europea 2013/33/UE — una direttiva su cui c'è stato un certo dibattito anche in Conferenza Stato-Regioni — i cittadini stranieri con permesso di soggiorno per richiesta di asilo a decorrere dal 30 settembre non hanno la possibilità di lavorare solo per i primi 60 giorni dalla richiesta di permesso. Alla luce di quanto sopra, l'equiparazione tra richiedenti asilo e disoccupati è stata rimodulata e limitata ai primi 60 giorni dalla presentazione della richiesta di asilo.

A questo proposito occorre ricordare, però, che l'articolo 17 della stessa direttiva, peraltro non recepito dal decreto n. 142 del 2015, precisa che «gli Stati membri possono obbligare i richiedenti a sostenere o a contribuire a sostenere i costi delle condizioni materiali di accoglienza e dell'assistenza sanitaria previsti dalla presente direttiva ai sensi del paragrafo 3, qualora i richiedenti dispongano di sufficienti risorse, per esempio qualora siano stati occupati per un ragionevole lasso di tempo.

Qualora emerga che un richiedente disponeva di mezzi sufficienti ad assicurare le condizioni materiali di accoglienza e l'assistenza sanitaria all'epoca in cui tali esigenze essenziali sono state soddisfatte, gli Stati membri possono chiedere ai richiedenti un rimborso ».

Dal tenore letterale della disposizione citata sembra evincersi, al contrario, che gli Stati membri non possono imporre al richiedente asilo privo di sufficienti risorse un contributo — cioè il *ticket* — per i costi relativi all'assistenza sanitaria e, conseguentemente, che gli interessati abbiano diritto all'esenzione per tutto il periodo di durata della condizione di indigenza e non solo limitatamente ai primi 60 giorni dalla richiesta. Considerata la delicatezza della questione, sul punto è stato chiesto il parere del Ministero dell'economia e delle finanze e si è tuttora in attesa di un riscontro, come vi dicevo.

Si ricorda, infine, che alcune Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale, avvalendosi di risorse proprie regionali, hanno assunto decisioni volte ad ampliare il beneficio dell'esenzione dal *ticket* nei confronti dei richiedenti asilo. Tale possibilità è preclusa alle Regioni in Piano di rientro dal *deficit* sanitario.

Questo è un po' il punto. Noi abbiamo sollecitato più volte il Ministero dell'economia e delle finanze. Se dovessimo fare l'esegesi di come è nata l'applicazione di questa direttiva, ricordo che c'è stata una Regione in particolare che fece un punto dell'applicazione per i rifugiati degli stessi requisiti per i disoccupati e gli inoccupati italiani. È evidente, però, che se uno per 60 giorni non può lavorare, è impossibile che possa contribuire.

Non solo, ma purtroppo sappiamo tutti che a volte questi 60 giorni non sono 60, ma diventano di più, perché anche le stesse procedure per fornire la risposta ai richiedenti asilo e ai rifugiati e l'identificazione provocano un allungamento dei tempi. Tali vuoti sono stati, in realtà, coperti nella prassi, ma noi abbiamo chiesto al Ministero dell'economia e delle finanze di fornirci un parere per permetterci, nei casi di indi-

genza, di estendere questa esenzione per il tempo necessario.

Nei fatti accade poi che il rifugiato venga mandato nel centro e richieda l'assistenza nel centro in cui si trova. Allora dipende anche dalla Regione in cui si trova, come abbiamo detto. Dopo i 60 giorni, se una Regione è in piano di rientro, la richiesta ha un esito, altrimenti ne ha un altro.

Come dicevo, come ministero, abbiamo sollecitato questo aspetto perché, ovviamente, per noi è importante che ci siano la continuità assistenziale e il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione. Sappiamo benissimo, tra l'altro, quali sono le condizioni di precarietà in cui si trovano, non tutte queste persone, ma sicuramente una gran parte di esse. In base a quello che ci siamo detti l'altra volta, per noi è importante riuscire ad avere una continuità anche di tracciabilità del paziente.

Rispondendo anche alle domande che sono state fatte successivamente, questo è uno dei temi per cui l'entrata in vigore della cartella sanitaria è estremamente importante. Spesso su queste persone ci sono interventi a macchia di leopardo che possono essere o non appropriati in senso negativo, o non appropriati in senso positivo. Può accadere, cioè, che ci siano più prestazioni fatte, senza averne cognizione, in luoghi diversi.

Un'altra questione, che ha sollevato sempre l'onorevole Carnevali, è quella che concerne il riparto del fondo sanitario. Lei mi chiedeva se i criteri di riparto tengono in considerazione il peso delle percentuali definite nell'accordo Stato-Regioni in ordine alla dislocazione in tutte le Regioni e con quale criterio tale peso venga rispettato.

Il riparto è destinato a coprire le spese che il Servizio sanitario nazionale deve sostenere per i cittadini stranieri irregolari senza permesso di soggiorno e presenti, pertanto, sul territorio nazionale clandestinamente. Trattasi delle spese sostenute a fronte delle prestazioni elencate nell'articolo 35, comma 3, del decreto legislativo n. 268 del 1998, come le prestazioni ospedaliere d'urgenza o comunque essenziali,

ancorché continuative, a carico del Ministero dell'interno, delle prestazioni ambulatoriali d'urgenza, comunque essenziali ancorché continuative, nonché le prestazioni a tutela della maternità e di medicina preventiva, specificatamente individuate dal predetto comma 3 dell'articolo 35, sempre del decreto legislativo n. 286 del 1998 a carico del Servizio sanitario nazionale, qualora i soggetti siano indigenti. Quindi, gli indigenti sono a carico del Servizio sanitario nazionale, gli irregolari, invece, sono a carico del Ministero dell'interno.

Queste prestazioni in favore dei predetti cittadini stranieri irregolari sono 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. Questo a proposito delle cose che ci siamo detti prima.

Diversamente, i cittadini richiedenti protezione internazionale ovvero gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per richieste di asilo o gli stranieri titolari del permesso di soggiorno per asilo che hanno titolo all'iscrizione obbligatoria ai sensi dell'articolo 34, fanno carico. Nelle more dell'iscrizione al Servizio sanitario nazionale gli stessi hanno poi il diritto a fruire delle prestazioni sopraindicate.

Gli attuali criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, il cui stanziamento annuo è pari a 30,990 milioni di euro e a fronte delle spese sostenute di cui al punto b), tengono conto dei seguenti parametri: il 50 per cento dell'importo sulla base della presenza degli intercettati forniti dal Ministero dell'interno, il 50 per cento dell'importo sulla base dei ricoveri per gravidanza e puerperio delle donne straniere, cioè sullo straniero temporaneamente presente (STP), da 11 a 55 anni.

Si evidenzia, in ogni caso, che, in applicazione dell'ultima intesa sul riparto del Fondo sanitario nazionale per gli extracomunitari, cioè nel 2014, è stato istituito un apposito tavolo tecnico inter-istituzionale — di cui fanno parte il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni e le

Province autonome – per l'individuazione di possibili soluzioni alle problematiche sottostanti la corretta classificazione dei ricoveri e per l'eventuale sostituzione del parametro degli intercettati forniti dal Ministero dell'interno con quello degli irregolari distribuiti sul territorio nazionale. In merito, tuttavia, non si dispone di una fonte istituzionale ufficiale per il reperimento del dato.

In conclusione, quindi, i vigenti criteri di riparto non tengono conto delle percentuali definite nell'accordo Stato-Regioni in ordine alla dislocazione in ciascuna Regione delle strutture di accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, dal momento che la *ratio* sottostante l'erogazione del Fondo sanitario nazionale, di cui all'articolo 35 del citato decreto legislativo n. 286, prevede la copertura degli oneri per i cittadini stranieri irregolari che non hanno diritto all'iscrizione obbligatoria come quelli richiedenti protezione internazionale. Quindi entrambi devono essere assistiti.

A proposito dei dati, mi sono state fatte – adesso non ricordo bene da chi; poi vediamo; casomai ve le specifico meglio – alcune osservazioni.

L'onorevole Rondini mi aveva sollecitato il fatto che abbiamo detto che attraverso gli USMAF abbiamo visitato 140.000 persone, mentre il Ministero dell'interno fornisce una cifra di 170.000. È molto semplice: i 140.000 sono quelli che passano da noi. Gli USMAF sono in tutti i porti e gli aeroporti, ma non sono in tutti i punti di sbarco o di contatto con lo straniero che arriva, irregolare o rifugiato. Gli USMAF sono i nostri Uffici marittimi di frontiera. Quindi, che cosa accade? Ce ne sono 140.000 che abbiamo visto noi e altri 30.000 che sono stati visti dal Ministero dell'interno. In quel caso, anche questi 30.000 sono stati visitati e sono stati sottoposti a *screening* attraverso le AASSLL territoriali che erano lì presenti.

Poi ci si chiede: perché non si hanno i dati? Questo è il famoso annoso problema. Noi i dati dalle Regioni non li abbiamo su tantissime questioni. Su questo, però, stiamo facendo un progetto, come mini-

stero, sollecitato da me e da AGENAS, per avere i dati dei rifugiati e degli immigrati. Tutti. Si tratta, cioè, di riuscire ad avere un registro in cui arrivino i dati sanitari di tutti, anche se raccolti da altri uffici e dalle AASSLL, compresi quelli dei ricoveri.

Così rispondo anche all'altra domanda: il tema dei ricoveri e del registro dei ricoveri è un'esclusiva competenza delle Regioni. Non abbiamo, da questo punto di vista, un accesso al dato. Per questo motivo, in questo progetto chiediamo alle Regioni di fornirci anche i dati specifici dei ricoveri. Tra l'altro, ci servono anche per i *cluster* epidemiologici. È un dato estremamente interessante, che citavo ieri. Invece lo facciamo, per esempio, con la Croce Rossa o con l'INMP.

Molti di voi non sono in Commissione Affari sociali. Il tema del dato è il primo tema con cui ci confrontiamo ogni giorno. Vi faccio un esempio.

Non abbiamo i dati dei diabetici. Non riceviamo dalle Regioni i dati sugli autistici e altre patologie. Quindi, la situazione è molto difficile. Stiamo lavorando tantissimo per avere i registri e i dati a livello nazionale, perché su questi possiamo poi attivare azioni di programmazione sanitaria.

Sempre per quanto riguarda questa vicenda, è evidente che la tracciabilità sanitaria, cioè la cartella sanitaria, ci risolverà gran parte di questo tema. Quello che non vi ho detto l'altra volta – poi è specificato in modo molto lungo in una delle risposte, con tutti i dettagli; ve la lascio – è che, per esempio, a Mineo e in un altro centro (Milazzo, mi sembra) abbiamo, invece, già la parte sperimentale. Si sta già effettuando sperimentalmente la carta sanitaria, con ottimi risultati. Adesso verrà estesa a tutti gli altri centri.

Inoltre, sempre l'onorevole mi ha posto una valutazione sulle ricadute sui comuni, perché, a legislazione vigente, i comuni sono tenuti a concedere la residenza a coloro che permangono nelle strutture di accoglienza per un determinato periodo, cioè tre mesi. «È possibile che si venga a determinare in capo agli stessi una responsabilità amministrativa di natura econo-

mica per competenze di natura sanitaria?», mi chiede l'onorevole.

Questo profilo di competenza di natura economica e sanitaria non può essere ricondotto ai comuni. È una competenza regionale. È una stretta attinenza delle Regioni, che provvedono mediante le AASSLL. Per le questioni in esame, è appena il caso di ricordare che la competenza è del Ministero dell'interno, il quale si fa carico dei relativi oneri per l'intervallo di tempo che intercorre dall'ingresso dei migranti sul territorio nazionale fino alla presa in carico da parte del Servizio sanitario nazionale.

Quali sono i tempi per l'introduzione della cartella elettronica? Come vi ho detto, mi sembra di aver già risposto. Aggiungo che la fase di consegna della tessera elettronica ai centri partirà dal prossimo mese di agosto 2016 e che si prevede l'utilizzo della stessa in modo incrementale dal mese di ottobre 2016. Questo perché, come vi dicevo, la cartella, che può essere fatta con un *chip* o anche con un *device* o con un braccialetto che contiene tutti i dati ed è dentro questo progetto « CARE », verrà estesa a tutti i centri da agosto e, quindi, sarà incrementato da ottobre 2016.

Mi si chiede poi se l'accesso al Servizio sanitario nazionale venga effettuato solo per emergenza attraverso il pronto soccorso in alcune Regioni e se il percorso diagnostico per la tubercolosi o per le vaccinazioni venga fatto a tutte le persone accolte nella struttura e chi lo paga.

Relativamente a questo quesito, vorrei precisare che, nelle more dell'iscrizione obbligatoria al Servizio sanitario nazionale, gli oneri sono a carico del Ministero dell'interno. Noi sappiamo che la fase di registro è legata al rilascio del codice fiscale, che dipende dai tempi del Ministero dell'economia e delle finanze. In questo passaggio — mi rendo conto che le procedure sono estremamente burocratiche, ma è così — gli oneri sono a carico del Ministero dell'interno.

Per quanto concerne, invece, il percorso diagnostico per la TBC o le vaccinazioni degli stranieri accolti in strutture, gli stessi, sempre nelle more dell'iscrizione a carico

del Servizio sanitario nazionale, sono a carico del Fondo sanitario nazionale.

Quanto alle iniziative per le persone con particolari fragilità, come si chiedeva, soprattutto per la parte dell'assistenza psicologica, vorrei ricordare che le persone che hanno chiesto il permesso di soggiorno per asilo politico o profilo internazionale sono obbligatoriamente iscritte al Servizio sanitario nazionale e, in quanto tali, godono dei medesimi benefici e delle medesime tutele, ossia l'esenzione dal *ticket*, dei cittadini italiani in condizioni di fragilità.

A ciò aggiungo che, in merito all'individuazione precoce delle categorie vulnerabili, quali le vittime di tortura, abusi o qualsiasi tipo di trauma, le linee-guida in corso di emanazione, in accordo con l'articolo 17 del decreto legislativo n. 142 del 18 agosto 2015, prevedono appositi percorsi di accoglienza per le donne e i minori e forniscono indicazioni anche per l'individuazione, la presa in carico e la certificazione delle vittime di tortura.

Inoltre, le misure di accoglienza devono tener conto della specifica situazione delle persone vulnerabili, incluse le persone che hanno subito torture, garantendo una valutazione iniziale e una verifica periodica da parte di personale qualificato, stabilendo l'accesso all'assistenza a cure mediche e psicologiche appropriate.

Infine, i centri di prima accoglienza prevedono i servizi speciali per le persone vulnerabili, da assicurare in collaborazione con l'ASL competente per territorio. Le summenzionate linee-guida danno indicazione su come operare il delicato passaggio di competenza tra l'accoglienza erogata dal sistema di assistenza per i rifugiati e il sistema generale dell'assistenza socio-sanitaria.

È inutile che vi dica che le problematiche generali che può avere una singola Regione ricadono poi anche su questo, motivo per il quale ho chiesto un rafforzamento del personale negli USMAF. Ribadisco che il tema potrebbe essere affrontato anche con l'aiuto di questa valente Commissione nella prossima legge di stabilità...

PRESIDENTE. La valente Commissione farà il suo mestiere.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Il Ministero della salute approva.

Dall'altra parte, stiamo aspettando i fabbisogni delle Regioni per gli sblocchi delle assunzioni, come sapete, in base alla legge di stabilità. Tra l'altro, so che ci sono delle carenze nell'organico soprattutto neuropsichiatrico, sulla neuropsichiatria infantile, ma anche sull'assistenza psicologica in generale nelle AASSLL italiane e, in modo particolare, nelle Regioni in Piano di rientro, soprattutto in quelle che hanno problemi di ordine neuropsichiatrico nei propri territori per tanti motivi, tra cui stati di deprivazione vari. Ovviamente, abbiamo anche la necessità di rafforzamento su situazioni particolari come queste.

Passo all'onorevole Marialucìa Lorefice, la quale mi fa una prima domanda sul tema dell'accertamento dell'età, sottolineando le pratiche assolutamente difformi che ci sono e il margine di errore molto ampio. Mi chiede qual è lo stato di attuazione del protocollo del marzo 2016 e quali interventi di verifica sono stati predisposti per porre fine a questa odiosa prassi.

Sul tema dell'accertamento dell'età e dell'attuale situazione ricordo un importante documento, il « Protocollo olistico multidisciplinare per l'identificazione e per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati » che prevede una procedura multidisciplinare che, avvalendosi di personale specializzato, consenta, nell'ipotesi in cui sussistano dubbi sull'età del minore e questa non sia accertabile attraverso i documenti identificativi, di determinare l'età anagrafica nel pieno rispetto dei diritti del minore, tenendo in debita considerazione l'origine etnica e culturale del minore, eventualmente anche mediante l'utilizzo delle autorità diplomatiche.

A tal proposito, per quanto riguarda i profili sanitari di competenza del Ministero della salute contemplati nel citato protocollo, questi hanno ricevuto il parere positivo del Consiglio superiore di sanità e sono stati già sottoposti all'attenzione della Conferenza unificata, alla quale abbiamo chiesto — oltre che su questo, anche su altre questioni rilevanti e sull'attuazione di nor-

native approvate in Parlamento — di avere un rapido e celere riscontro.

Anche l'onorevole Lorefice torna sul tema dell'assimilazione del richiedente protezione internazionale al disoccupato, tema che ci è stato già posto dall'onorevole precedentemente. Credo di avervi già risposto. Comunque, c'è anche la risposta tecnica dettagliata. Da questo punto di vista sono favorevole, ovviamente, a un'azione che vada verso un'attuazione più realistica della norma. Su questo stiamo aspettando il parere del Ministero dell'economia e delle finanze.

L'onorevole poi mi pone la questione delle condizioni di accoglienza, non solo nei CAS, ma anche nei CIE e negli *hotspot*, soprattutto per quanto riguarda i minori non accompagnati. Mi ha posto la questione su Pozzallo e su Avellino, se non sbaglio.

Per quanto riguarda la questione di Pozzallo, ovviamente, non essendo nostra la competenza, abbiamo chiesto al Ministero dell'interno e siamo in attesa di una risposta dettagliata. Per le vie informali hanno avuto un accesso molto cospicuo di minori arrivati tutte insieme. Quindi, sicuramente c'è stata una maggiore difficoltà. Questo è ciò che vi stavo dicendo l'altra volta su quanto registriamo negli *hotspot*, non solo in Italia, ma anche nei Balcani e nell'altra via. Abbiamo un fortissimo incremento dei minori non accompagnati e delle donne, oltre ai bambini — proprio bambini — anche soli.

È ovvio che sta cambiando il profilo dei richiedenti asilo e dei rifugiati e che questo comporta anche una necessità di cambiare alcuni modelli organizzativi, cosa che abbiamo sollecitato anche noi.

Invece, per quanto riguarda Avellino, per questa questione non si può non rimandare al ruolo dei Servizi sanitari territoriali che, nella valutazione dell'idoneità dei Centri di accoglienza straordinari (CAS), devono comunque applicare le normative nazionali e i regolamenti locali relativi all'igiene e all'abitabilità.

Sono vigenti normative nazionali e regionali in materia di autorizzazione dell'esercizio di strutture in cui si svolgono pre-

stazioni sanitarie, anche di bassa complessità, che devono essere rispettate in ogni contesto esse siano ubicate. Questo avviene anche con il decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, che riguarda l'approvazione dell'atto di indennizzo e coordinamento alle Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Le comunicazioni di cui alla già citata circolare del Ministero dell'interno n. 3159 del 12 marzo 2014 permettono all'Assessorato alla sanità della Regione di disporre e distribuire ai propri servizi territoriali l'elenco delle strutture di accoglienza temporanea dedicate all'ospitalità dei cittadini stranieri per effettuare i dovuti interventi di vigilanza su tutti gli aspetti igienico-sanitari, dandone riscontro formale alle autorità competenti.

In sostanza, i CAS non sono fuori dall'ordinamento nazionale. Vigono esattamente le stesse regole di vigilanza e di controllo e di rispetto delle norme igienico-sanitarie di tutto il resto. Quindi, l'ASL competente è responsabile di quello che accade dentro il CAS.

In ordine a quanto verificatosi nella provincia di Avellino, ho chiesto informazioni al ministro dell'interno, il quale ha riferito che le sette strutture sottoposte a sequestro preventivo a cura dell'autorità giudiziaria sono state progressivamente dissequestrate. Pertanto, alla data odierna, cinque strutture sono utilizzate ordinariamente per l'accoglienza, mentre nelle altre due sono in corso lavori di ripristino per la riapertura, a cura di altro ente gestore.

In merito alle iniziative assunte sempre dal Ministero dell'interno per prevenire le situazioni di criticità di carattere igienico-sanitario nei centri di accoglienza, in particolare nelle strutture temporanee, il predetto Dicastero ha rappresentato quanto segue. Ovviamente, a queste domande rispondo *de relato*.

È attualmente operativo un sistema permanente di monitoraggio e controllo sulla gestione dei centri di accoglienza tempora-

nea che prevede, da una parte, ispezioni da parte di appositi organismi interni istituiti dalle prefetture, dall'altra visite congiunte svolte dal personale prefettizio con il supporto tecnico di rappresentanti di organizzazioni internazionali.

Per prassi, i suddetti organismi interni di controllo istituiti dalle prefetture sono composti, oltre che da personale prefettizio dell'area economico-finanziaria, anche da funzionari di altre amministrazioni pubbliche coinvolte, a diverso titolo, nella gestione dei flussi migratori (tra questi, in particolare, funzionari delle AASSLL, dei Vigili del fuoco, delle Forze dell'ordine e degli enti locali), al fine di potenziare e rendere più efficace l'attività di controllo attraverso un approccio multisettoriale.

Attraverso apposite intese tra prefetture e AASSLL in alcune province, tra le quali Avellino, si è ormai consolidato un rapporto di proficua collaborazione interistituzionale con la competente autorità sanitaria, volto ad assicurare, sin dal momento dell'arrivo dei migranti nei centri, i necessari controlli sanitari e la verifica costante delle condizioni igienico-sanitarie delle strutture.

Tali accordi prevedono la predisposizione costante di appositi *screening* per l'individuazione e il controllo della diffusione di malattie infettive e contagiose e la sorveglianza sindromica sui migranti, nonché una vigilanza permanente presso i centri, per la verifica delle condizioni di igiene e salubrità degli ambienti.

All'esito dei controlli effettuati presso le strutture e delle verifiche sulla qualità dei servizi di accoglienza erogati dagli enti gestori, in relazione a quanto prescritto dalle relative convenzioni per la gestione, le prefetture possono adottare nei confronti degli enti gestori provvedimenti sanzionatori di diversa gravità, dalla mera contestazione scritta all'applicazione di penali, fino alla risoluzione del contratto.

La prefettura di Avellino, attraverso l'apposito organismo interno preposto all'attività di controllo, ha condotto tra settembre 2014 e febbraio 2016, data del provvedimento di sequestro preventivo, una sistematica attività di monitoraggio su

41 strutture temporanee, effettuando complessivamente 137 ispezioni, con l'avvio di 64 contestazioni agli enti gestori per le inadempienze rilevate. A seguito di tali contestazioni la stessa prefettura ha fatto ricorso alla risoluzione del contratto e alla successiva chiusura di 10 centri, disponendo l'immediato trasferimento degli ospiti presso altre sedi.

Ovviamente, sono situazioni in cui da Regione a Regione, purtroppo, cambia la situazione. Speriamo presto in un rafforzamento del Titolo V. I controlli portano però a scoprire cose che vanno e cose che non vanno. Le cose che non vanno devono essere immediatamente rimosse, arrivando anche al sequestro, al dissequestro e alla caduta del contratto.

All'onorevole Rondini ho già risposto prima, anche se non è presente, perché la sua domanda riguardava...

PRESIDENTE. L'onorevole Rondini è assente perché stamani partecipa ai funerali dell'onorevole Buonanno. Quindi, è un'assenza giustificata.

BEATRICE LORENZIN, Ministro della salute. Il nostro collega morto in modo tragico... Ci associamo al cordoglio.

PRESIDENTE. Ci associamo tutti.

BEATRICE LORENZIN, Ministro della salute. All'onorevole Rondini ho già risposto di fatto nell'intervento, su questo tema della discrepanza dei dati. Non è vero, però, che quelli che ha gestito il ministro dell'interno non siano stati « *screenati* ». L'onorevole poneva anche la domanda sui dati dei ricoveri, che, come vi dicevo, sono di esclusiva competenza delle Regioni.

Il progetto che abbiamo avviato come Ministero della salute richiede proprio un registro per avere i dati, sia i dati completi in generale, sia i dati epidemiologi e dei ricoveri. È un tema, dal punto di vista sanitario, estremamente interessante per noi, oltre a sapere esattamente i migranti dove vanno, cosa fanno e via elencando.

L'onorevole Paolo Beni mi pone alcune domande, una delle quali riguarda il pro-

blema dei tempi per l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale, a cui ho parzialmente risposto. Mi sollevate una questione assai... In alcuni centri hanno riferito che occorrono addirittura nove mesi.

Non dipende da noi. Dipende dai tempi di rilascio del codice fiscale. Noi abbiamo, anche in questo caso, chiesto di agevolare le pratiche e di cercare di avere dei tempi più ristretti. Sono, in ogni caso, previsti percorsi privilegiati per i soggetti vulnerabili, individuati col codice STP.

A questo proposito, mi si chiede se questo codice STP venga utilizzato nel modo corretto, con un corretto inquadramento dei pazienti, delle persone.

Quanto alla questione, più volte posta, relativa alla strumentazione informatica di identificazione, ricordo che, ovviamente, c'è la sperimentazione dei supporti elettronici. Come entrerà a regime in tutto il territorio nazionale, la carta elettronica sanitaria per i richiedenti asilo e per gli stranieri temporaneamente presenti ci permetterà di risolvere tutte queste questioni. Come vi dicevo, però, la sperimentazione è già cominciata. In questo modo pensiamo di ovviare anche ai problemi che ci possono essere di utilizzo di uno strumento al posto di un altro.

Anche sulla questione dell'esenzione dal *ticket* ho già risposto. Trovate nelle varie risposte diversi livelli tecnici di approfondimento. Abbiamo cercato anche un po' di differirle.

Mi si chiedeva come il Ministero della salute pensi di affrontare il problema delle condizioni sanitarie dei transitanti presenti al di fuori di sistema di accoglienza, spesso in strutture informali non autorizzate, sia per tutelare la loro salute, sia per prevenire eventuali rischi per i residenti.

È una domanda più che opportuna. La questione sollevata non può prescindere dalla considerazione che la competenza attiene alle strutture dei Servizi sanitari regionali. In ogni caso, le strutture temporanee e informali sono sempre individuate dal Ministero dell'interno e segnalate ai competenti Servizi sanitari territoriali.

Va anche detto che, per rendere più fluide le comunicazioni al riguardo, il Mi-

nistero dell'interno, sulla base di una richiesta della Direzione generale, ha in proposito emanato la circolare n. 3159 del 12 marzo 2014, con la quale si dettano disposizioni alle prefetture per la segnalazione al Ministero della salute e all'Assessorato alla sanità della Regione interessata delle strutture di accoglienza temporanea dedicate all'ospitalità dei cittadini stranieri, con indicazione di denominazione, ubicazione, ente gestore e relativo responsabile e capienza, per permettere ai Servizi sanitari territoriali gli interventi di propria competenza.

Vi comunico che è mio diretto e personale interesse monitorare il pieno rispetto della normativa vigente presso le strutture regionali, facendomi anche promotrice di iniziative volte a garantire l'osservanza delle norme medesime.

Una è sicuramente il progetto di avere trasparenza e accesso ai dati e l'altra è quello di mandare ispezioni e anche di coinvolgere AGENAS in quest'attività di monitoraggio, oltre, ovviamente, all'attività che svolge la Direzione generale per la prevenzione.

Un'altra domanda ci segnala la carenza principale dei presidi sanitari nei centri di accoglienza, che mi è stata già sollevata, ed è la questione psicologica. Anche qui, le nuove linee-guida rispondono a questa esigenza. Anche grazie a questa Commissione e a quest'audizione credo che il sollecito arriverà.

Se poi avete audito anche il presidente della Conferenza delle Regioni...

PRESIDENTE (*fuori microfono*). Lo faremo. Sentiremo il nuovo presidente, Bonaccini.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Condividiamo tutti il tema, che è più largamente accolto, nelle diverse sensibilità, dalle Istituzioni.

Credo di aver finito le domande. Vi ringrazio, perché è stata un'occasione per fare il punto, ma anche per fare chiarezza sulle procedure. Essendo procedure complesse e richiedendo un tema di gestione degli apparati di pubblica sicurezza, sono

misure diverse rispetto a quelle normali vigenti. In questo caso, però, l'incontro ci ha permesso anche di fare un po' un punto sulla situazione.

PRESIDENTE. Grazie, ministro, per la puntuale e dettagliata risposta ai singoli quesiti.

Se i colleghi vogliono intervenire ulteriormente per qualche ultimo giro di richieste, poi ringraziamo e salutiamo il ministro.

Do la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

ELENA CARNEVALI. Ministro, volevo innanzitutto ringraziarla per la disponibilità dimostrata in queste due sedute che abbiamo fatto sul tema, molto approfondito, delle questioni sanitarie.

Voglio chiedere solo una cosa, ritornando sulla questione del riparto del fondo e sulle esenzioni del *ticket*. Mi sembra di capire, se ho compreso bene, che ci sia una disponibilità da parte del Ministero, anzi il riconoscimento da parte del Ministero che sarebbe necessaria e sarebbe anche utile questa esenzione distribuita in modo congruo su tutte le Regioni.

Rimane sempre aperto il tema delle Regioni in Piano di rientro. Perché? Attualmente, da quel che ho potuto capire, ci sono Regioni che ampliano sulla base di una disponibilità che, però, proviene dalle risorse delle Regioni stesse, non dalle risorse del Ministero. Quindi, è a carico del Fondo regionale.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. È tutto a carico del Fondo sanitario nazionale. Il Fondo sanitario nazionale viene ripartito nelle Regioni e le Regioni, a loro volta... Il fondo noi lo ripartiamo.

ELENA CARNEVALI. Sì, ma mi diceva prima, alla risposta... È un combinato di sposto.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. No, c'è una parte che è di compe-

tenza del Ministero dell'interno e una parte che è competenza nostra.

ELENA CARNEVALI. Abbiamo detto prima che i criteri di riparto non tengono ancora totalmente...

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Sono due. Una parte non è a carico del Fondo sanitario ed è a carico del Ministero dell'interno. Un'altra parte è a carico, invece, del Fondo sanitario. All'interno della parte a carico del Fondo sanitario c'è il tema delle esenzioni, in merito al quale era stata fatta un'equiparazione iniziale con i disoccupati. Era stato portato lo stesso livello di tempistica per la disoccupazione.

Ovviamente, questo principio cozza con la realtà, come avete visto, ossia con i tempi in cui viene rilasciata l'identificazione, con i tempi in cui non si può lavorare neanche per norma, con i tempi in cui c'è il rilascio del codice fiscale. Ci sono una serie di problematiche, oltre al tema dell'indigenza persistente di molte di queste persone.

Nella prassi, queste persone sono state prese in carico da parte dei Servizi sanitari regionali, di quelli che sono in Piano di rientro, ovviamente. Non stiamo parlando dell'urgenza. L'urgenza è garantita. Stiamo parlando delle prestazioni. Negli altri casi c'è confusione.

A questo proposito, abbiamo chiesto chiarimenti al Ministero dell'economia e delle finanze, anche perché ovviamente, nell'ambito del Ministero, c'è un tema sempre di coperture. Il problema è sempre quello, ma nell'ambito del Ministero abbiamo una tematica della continuità assistenziale. Tra l'altro, inserendosi in questo la carta elettronica, adesso avremo anche la tracciabilità della persona e, quindi, alcune problematiche potremo risolverle molto più facilmente.

ELENA CARNEVALI. Ministro, non mi tornano i conti. La dico un po' così.

Abbiamo sentito l'appello, in particolare di Zingaretti, in due occasioni, in merito al fatto che non c'è sempre tempestività nell'aver tutte le procedure di natura ammi-

nistrativa per poter poi procedere all'esenzione per la compartecipazione della spesa. Quando si arriva a quel momento, sono passati sei mesi. Se si è una Regione in Piano di rientro, comunque l'esenzione del *ticket* non si può fare. Capisce che, a questo punto, i margini di manovra rimangono molto piccoli. Da un lato, loro si trovano nell'impossibilità di poter estendere l'esenzione dei sei mesi, perché sono in Piano di rientro. Dall'altro, il tempo è molto ravvicinato e, quindi, c'è un problema anche di giustizia.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Infatti, su questo punto abbiamo interpellato il Ministero dell'economia e delle finanze e lo stiamo sollecitando.

ELENA CARNEVALI. Noi l'aiuteremo.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Stiamo aspettando una risposta.

Qui abbiamo fatto una tabella con tutti i passaggi. Nella risposta scritta c'è una tabella con tutti i passaggi, con le differenti competenze sui rifugiati e sugli irregolari e sulla distribuzione, anche all'interno di questi, delle diverse patologie.

Abbiamo sollecitato. Essendoci un interesse parlamentare, è anche meglio.

GIOVANNI BURTONE. Chiedo scusa per il ritardo. Volevo fare, più che una domanda, una valutazione. La valutazione è questa: a me pare che il Ministero abbia un livello quasi di eccellenza nell'affrontare, con i propri uffici periferici — segnalo il caso di Catania — coloro i quali arrivano e sbarcano. Sulla nave e in banchina vengono svolte attività, a mio parere, significative.

Allo stesso modo abbiamo visto che, di fronte alle grandi emergenze annunciate e ai problemi — parlo di Ebola — c'è stata una politica di grande attenzione da parte del Ministero, con strutture che sono state di riferimento. Mi riferisco allo Spallanzani. Abbiamo messo in campo interventi molto seri.

Quali sono i problemi che personalmente ritengo debbano essere affrontati al

più presto? Intanto, se possibile, nel raccordo con le Regioni, occorre un Piano di razionalizzazione dei reparti di malattie infettive. Su questo, le aziende si muovono con un percorso che spesso non è razionale. Non è collegato alla presenza, per esempio, dei CARA.

Appare paradossale — porto un esempio concreto — che a Caltagirone si chiuda il reparto di malattie infettive, sapendo che poi il CARA è a 20 chilometri, se non a 15, da Caltagirone. Così ci si deve spostare sulla città metropolitana. Credo che vada posto il tema dei reparti.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Ovviamente, c'è un tema che riguarda i Piani regionali.

GIOVANNI BURTONE. Infatti, ho detto « in accordo con le Regioni ».

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. In questo caso specifico, però, c'è stato un potenziamento del bio-contenimento. Ovviamente, le sale ad alto bio-contenimento vengono realizzate in pochissime strutture. Se ricordo bene, in questo caso specifico — non vorrei sbagliarmi, perché in Sicilia ne abbiamo affrontati due — c'è stato un potenziamento del reparto di infettivologia, rendendolo adeguato — sia per personale e per competenza di livello del personale, sia per la struttura interna — a recepire casi complessi, che sono ovviamente da gestire in strutture complesse.

Non c'è solo il tema, in Sicilia, degli immigrati e dei rifugiati con delle patologie, ma ci sono anche altre tematiche endemiche, come l'epatite C o altre situazioni infettivologiche che richiedono una cura.

Sto andando a memoria rispetto agli interventi di cui ci siamo interessati lo scorso anno, o forse anche più di un anno fa, sul rafforzamento proprio dei reparti di infettivologia. Pensiamo ai casi di TBC o ad altri casi — non determinati dagli immigrati — che richiedono di avere delle sale a bio-contenimento in alto isolamento.

Su questo fronte abbiamo potuto anche gestire casi di sospette varie patologie, da Ebola ad altro, che poi, per fortuna, si sono

rivelate in tutti quegli episodi casi di malaria o di altre patologie, che siamo riusciti a gestire in piena sicurezza.

Questo è un tema che riguarda, ovviamente, le organizzazioni regionali, ma è importante anche il fatto di avere delle strutture che garantiscano la massima sicurezza e avere il massimo della strumentazione scientifica che ci permetta di gestire questi casi.

GIOVANNI BURTONE. Vorrei soltanto aggiungere che mi pare che uno sforzo si debba fare, soprattutto nelle strutture dove vengono ospitati, perché mi pare che il livello degli interventi sanitari sia abbastanza problematico.

KHALID CHAOUKI. Grazie, ministro. Ho una domanda veloce. Non ero presente l'altra volta, magari avrete già affrontato il tema. Mi interessa l'aspetto dei mediatori culturali e degli interpreti, connesso ovviamente all'attività sanitaria. Su questo avete qualche intervento specifico oppure è una carenza su cui effettivamente si potrebbe migliorare?

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. È proprio una questione di cui ho parlato la scorsa volta, dicendo che ne abbiamo un'assoluta necessità. Ovviamente, qui interviene il Ministero dell'interno, da una parte. Abbiamo una divisione di competenze. Un fatto è quello che accade in banchina, un fatto è quello che accade, come avete visto, sia nei CAS, sia nei centri, dove la competenza dell'ASL è una competenza importante, ma sussidiaria.

L'intermediario culturale è essenziale non solo nel momento dell'accoglienza, ma anche dopo, soprattutto quando ci sono casi di abusi su minori o su donne (ma anche su uomini), ossia tutta una serie di situazioni che vanno risolte, dal punto di vista sanitario, strettamente legato non solo alla patologia in questione, ma anche alla patologia neuropsichiatrica.

Con l'INMP stiamo lavorando molto in questo senso. È una questione che ho sollevato proprio la scorsa volta. Ovviamente,

abbiamo necessità anche di un approccio diverso e di un rafforzamento delle strutture da questo punto di vista.

PRESIDENTE. Grazie, ministro. Ci sono altri che vogliono prendere la parola? Se non ci sono altri interventi, ringraziamo il signor ministro, che ci lascia il materiale, per la disponibilità.

Ci aggiorneremo presto per i nostri lavori.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta, sospesa alle 10.55, è ripresa alle 11.10.

Audizione congiunta del sindaco di Castel Volturno, Dimitri Russo, e dei responsabili del presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno, Vincenzo Schiavone, direttore generale, e Fulvio Calise, direttore scientifico:

PRESIDENTE. Avverto che della presente audizione sarà redatto un resoconto stenografico e che, ove necessario, anche su richiesta di un commissario ovvero dei soggetti auditi, i lavori della Commissione potranno proseguire in seduta segreta. Al riguardo, per assicurare la massima fluidità al dibattito pubblico, prego i colleghi di riservare eventuali quesiti da sviluppare in sede riservata alla parte finale della seduta.

Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso e la trasmissione diretta sulla *web-TV* della Camera dei deputati.

L'ordine del giorno reca l'audizione congiunta del sindaco di Castel Volturno, Dimitri Russo, che ringrazio per essere qui, e dei responsabili del presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno, Vincenzo Schiavone, direttore generale, e Fulvio Calise, direttore scientifico, in merito alle attività svolte dal presidio a tutela della salute dei migranti e della popolazione residente.

Ringrazio il sindaco per aver dato la propria disponibilità a partecipare ai nostri lavori, che sono orientati ad acquisire ele-

menti istruttori sulle pratiche adottate in tema di profilassi e assistenza sanitaria a tutela della salute dei migranti e della popolazione residente.

L'incontro odierno nasce su richiesta del direttore generale del presidio, dottor Vincenzo Schiavone, che siamo stati ben lieti di accogliere. Infatti, è di primario interesse della Commissione avere un'esaustiva rappresentazione dell'esperienza maturata da un centro che, pur non trovandosi in luoghi prossimi agli sbarchi, si trova ad affrontare problematiche sanitarie caratterizzate da una significativa presenza di popolazione migrante.

Nel ringraziare gli auditi per la loro disponibilità a contribuire ai nostri lavori, prima di cedere la parola al sindaco, faccio presente che credo che quest'audizione sia per noi importante anche alla luce del filone di attività che abbiamo previsto, quello riguardante le politiche dell'assistenza sanitaria per i migranti, uno dei nostri sette filoni di indagine.

In un luogo così non facile – potremmo dire – della Terra dei fuochi avere una struttura che viene considerata da molti (i dati che ci verranno presentati sicuramente lo dimostreranno) una punta di eccellenza dimostra come sia possibile avere un'importante risposta a situazioni di grande disagio sociale, che sono legate non solo, ovviamente, alla presenza, molto cospicua e molto massiva, dei migranti, ma anche a quella della popolazione residente, che, come sappiamo, ha problemi di salute non secondari.

Accogliamo, dunque, quest'opportunità. Darei immediatamente la parola al sindaco Russo. Questo ci permette anche poi di interloquire, signor sindaco, con i colleghi della Commissione, che magari porranno anche dei quesiti e delle domande specifiche dopo i vostri interventi.

Do la parola al sindaco Russo.

DIMITRI RUSSO, Sindaco di Castel Volturno. Grazie, presidente. Grazie a tutti. Come molti sanno, Castel Volturno, in provincia di Caserta, vive una drammaticità per una presenza massiccia di immigrati. Si tratta di una presenza che rappresenta un *unicum* in Italia, ma forse anche in

Europa. Parliamo, all'anagrafe, di quasi 4.000 immigrati regolarmente residenti, ma quelli non regolari sono oltre 15.000.

Questa stima coincide con tutti i dati forniti dalle associazioni, dai presidi sanitari, da Emergency, ma soprattutto il dato significativo deriva dalla produzione di rifiuti, perché Castel Volturno quotidianamente produce rifiuti per oltre 40.000 abitanti, mentre la popolazione residente è di 25.300.

Parliamo di immigrati stanziali, nel senso che siamo ormai alla seconda e alla terza generazione. Da trent'anni esistono questi numeri così grossi – non si tratta di immigrati che sbarcano quotidianamente – tant'è che Castel Volturno, insieme al comune di Mondragone, è stato escluso dall'assegnazione di profughi, quando vengono distribuiti dalla prefettura nei vari territori, proprio perché c'era questa presenza massiccia.

Ovviamente, anche un immigrato in più potete immaginare che effetto mediatico potesse avere sulla popolazione, perché Castel Volturno si regge su un equilibrio che, secondo il mio parere, deriva dalla morfologia del territorio. Essendo un territorio molto grande – parliamo di 72 chilometri quadrati – ci sono delle aree in cui ormai gli immigrati sono ghettizzati e, quindi, non c'è un contatto diretto tra i cittadini migranti e i cittadini italiani.

Questa è la fortuna e la sfortuna del territorio. È la fortuna perché non si creano motivi di conflitto, anche se c'è una latente intolleranza, che non si è mai manifestata. I due episodi che conoscete bene tutti, quelli del 2008, della sparatoria, e quelli del 2014, dell'altra sparatoria, erano legati al mondo della malavita, ma non costituiscono sicuramente fenomeni di intolleranza. È questa la fortuna perché, essendo gli immigrati ghettizzati, ripeto, non c'è contatto tra queste due popolazioni.

Allo stesso modo, però, non c'è integrazione. Non esiste a Castel Volturno alcuna forma di integrazione. Io non sono il sindaco che vuole l'allontanamento. Fin dal giorno in cui fui eletto, parlai di Castel Volturno come della « New York del Sud ». Credo nell'integrazione e nell'accoglienza.

Con questi numeri, però, qualsiasi politica di integrazione senza risorse è, ovviamente, fallimentare.

Pensate che ricevo, come comune, dallo Stato centrale, dal Fondo di solidarietà, un contributo parametrato a 25.000 abitanti, ma in effetti siamo 40.000. Il comune, in queste condizioni, è strutturalmente in dissesto, perché agli immigrati offriamo dei servizi sociali necessari cui, purtroppo, non ci possiamo sottrarre.

Immaginate il minore del padre immigrato che viene arrestato per spaccio di droga. Viene collocato dal comune. Ho portato una scheda: sono stati 62 solo nel 2015. Ciò significa che abbiamo 62 minori collocati presso le strutture, che per noi sono un costo.

Quando muore un immigrato a Castel Volturno, i familiari non richiedono la salma, assolutamente no. Il comune deve sostenere, ovviamente, le spese per la tumulazione, non avendo dei loculi di proprietà del comune. Abbiamo un progetto della ditta che li costruisce. Li acquistiamo a 2.000-2.500 euro per ogni immigrato. Questi sono numeri che pesano enormemente sul bilancio del comune.

Lasciatemi passare questa similitudine molto forte. Non vorrei essere frainteso. Quando in un comune c'è una discarica di rifiuti, di solito viene riconosciuto, come sapete, un ristoro ambientale di tipo ecologico. Castel Volturno è diventato, per la morfologia del territorio e per la presenza di seconde case abbandonate, il ricettacolo di tutti questi disperati. Vengono a Castel Volturno proprio perché non possono essere controllati, perché con questi numeri anche la Polizia e i Carabinieri non hanno gli strumenti per fare i controlli.

Un cittadino irregolare può viaggiare tranquillamente per anni o per decenni sul territorio di Castel Volturno senza mai essere controllato. Ecco perché vengono a Castel Volturno. Poiché c'è quest'abnorme offerta di seconde case, è facile nascondersi in quelle case e allacciarsi abusivamente alla rete idrica e sulla rete elettrica.

In un sistema del genere ovviamente Castel Volturno, dopo circa trent'anni, è diventata una sorta di – perdonatemi l'e-

spressione — « discarica sociale ». Pertanto, Castel Volturno ha il diritto, a mio avviso, di avere un ristoro sociale per la presenza di questi immigrati, che vogliamo integrare, con cui vogliamo poter parlare.

Io vorrei impegnarli nel territorio per riqualificare il territorio, per far capire che la vera integrazione è anche questo, cioè quando l'immigrato si sente appartenente a quella terra e riesce a condividere i momenti di svago e di socializzazione. Tuttavia, non ho l'interlocutore, perché a Castel Volturno, con questi numeri, non abbiamo nemmeno un mediatore culturale. Non esiste una persona che possa mediare tra l'Istituzione e l'immigrato che viene allo sportello, che va in clinica, alla ASL o alle Poste, con tutte le conseguenze, perché non riusciamo nemmeno a parlarci. Ci sono immigrati da trent'anni che non parlano italiano. In queste condizioni, credetemi, è davvero impossibile gestire il fenomeno.

Dall'altro lato, abbiamo degli elementi positivi, con la clinica Pineta Grande. Per questo motivo siamo venuti insieme, perché la clinica Pineta Grande rappresenta un presidio di assistenza sanitaria che, in maniera spesso gratuita, senza avere alcun riconoscimento, riesce a offrire a questi personaggi almeno un'assistenza sanitaria di prima necessità.

Noi « subiamo » continuamente la presenza della clinica, perché, se un immigrato residente nel comune limitrofo di Mondragone, che quindi non è di Castel Volturno, muore nell'ospedale, purtroppo i costi della sepoltura ricadono nuovamente sul comune di Castel Volturno.

Poi vi sono anche emergenze di tipo sanitario. Sabato scorso ho fatto un TSO, il terzo da quando sono sindaco, per un caso di tubercolosi, come per i casi di AIDS. Spesso questi immigrati, non riconoscendo la filiera sanitaria ordinaria, si affidano a stregoni, maghi, riti vudù e, quindi, spesso in queste condizioni non ricevono l'adeguata assistenza sanitaria e diventano veicoli anche di infezione sul territorio.

Per esempio, alla clinica Pineta Grande penso — lo può dire il dottor Schiavone — che la diagnosi di malaria sia all'ordine del

giorno. In queste condizioni, ripeto, purtroppo non possiamo più andare avanti.

Il mio è un grido disperato di un sindaco che deve gestire un fenomeno unico in Italia. Quando si parla di Rosarno o di Lampedusa, la situazione non è paragonabile a Castel Volturno — l'onorevole Chaouki lo sa benissimo — perché rispetto a Castel Volturno c'è una presenza temporanea, delimitata. A Castel Volturno da trent'anni ci sono questi numeri e non riusciamo a gestire il fenomeno.

Grazie.

PRESIDENTE. Grazie, signor sindaco. Ripeto — lo dico anche al direttore generale, prima di dargli la parola — se ritenete che ci siano alcune informazioni sensibili (si sta parlando di materia particolarmente delicata)... Poiché siamo collegati, ed è giusto che voi lo sappiate, con il mondo, se ci sono dei dati sensibili rispetto a informazioni sanitarie che volete riferire qui in questa sede, me lo dite e procediamo in seduta riservata. Altrimenti, procediamo pubblicamente.

Do la parola al dottor Schiavone, direttore generale della struttura.

VINCENZO SCHIAVONE, *Direttore generale del presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno*. Grazie, presidente, grazie, illustri onorevoli, per averci dato la possibilità di poterci esprimere, rappresentare le nostre problematiche e, nello stesso tempo, portare a conoscenza anche le soluzioni e le esperienze che nel frattempo abbiamo maturato in questi lunghi anni, nel trattamento con i migranti, che rappresentano ormai una delle fette importanti del territorio di Castel Volturno.

Premetto che non sono un cittadino indigeno di Castel Volturno, ma vivo su quel territorio dagli anni Settanta, dal 1976. Subito dopo il matrimonio mi sono trasferito a Castel Volturno per una scelta di vita, perché era un luogo bellissimo, un luogo in cui, in fatto di turismo, la pineta e il mare la facevano da padrone. Fu una scelta, pertanto, meravigliosa negli anni belli della vita giovanile del matrimonio.

Poi, con il terremoto prima, il bradisismo successivamente, il degrado che ha

preso tutto il territorio di Castel Volturno, le mattanze della camorra, che negli anni Novanta fino alla metà degli anni Duemila hanno invaso il territorio, flagellandolo di morti e violenze, tutto questo ha fatto sì che questo territorio precipitasse paurosamente in un degrado sociale culturale e ambientale.

È stato un problema che ha trasformato e distrutto quella che era un'intera economia di un territorio, trasformandolo, volta per volta, e facendo sì che le numerose case che erano le case di vacanza della borghesia napoletana siano diventate, a mano a mano, case abbandonate, occupate, più o meno abusivamente, da una quantità enorme di popolazione extra-comunitaria.

Dapprima si trattava di popolazione africana, centrafricana, poi, a mano a mano, si è spostata al punto tale che oggi è più o meno ricca e variegata. Abbiamo oltre 70 etnie di popolazioni presenti sul territorio, che, a seconda dei periodi, si modificano e si trasformano a seconda dei flussi migratori. Si va dalle etnie nigeriane, ghanesi, centrafricane varie, somale, eritree, marocchine, algerine, egiziane. Abbiamo poi i mediorientali, dagli iraniani ai siriani, per passare a tutto il grosso ceppo della popolazione extra-comunitaria dell'Est Europa.

Da tutto ciò sono nate delle conurbazioni stranissime. Dopo vi dirò che cosa si sta verificando. Sono esplosi i fenomeni più svariati e strani, molte volte per me, anche da un punto di vista medico, difficili e inimmaginabili da capire. Purtroppo, quelli sono.

Di fronte a questo, le strutture del territorio, pubbliche o private che siano, hanno modificato gradualmente il loro assetto, adeguandosi alle problematiche del territorio. Lo stesso ha fatto anche la popolazione. La popolazione ha a che fare ormai, in una maniera stanziale e stabile, con una popolazione che è altrettanto numerosa ed è di razza diversa.

Ci sono dei quartieri interi, dei rioni interi — Destra Volturno, Pescopagano, Ischitella — che sono popolati esclusivamente da popolazione di razza nera. Ci sono anche gli altri, ma vedete facilmente

che, quando andate in quel quartiere, in quella zona, e vedete un bianco, si nota un fatto strano. Si vede, perché è uno in mezzo a centinaia. Soprattutto, quando la domenica mattina, con i loro variopinti abiti per le funzioni religiose domenicali o per le loro funzioni festive, si dedicano al giusto riposo, se si incontra un individuo di razza bianca, sembra una cosa strana. Provate a vederlo. Provate a immaginarlo. Provate a passare là dentro e vedete come una ragazza possa fuggire e avere timore, chiedendosi: « Dove mi trovo? »

Tutto questo ha trasformato, come dicevo, anche le abitudini del territorio. Sul territorio — li vedete abbondantemente — su tante piazze e su tante strade ci sono i fenomeni della prostituzione e della droga.

Castel Volturno, così come tante città, presenta un luogo di enorme diffusione di prostituzione e di spaccio di droga. Abbiamo gli ovulatori, ossia coloro che trasportano gli ovuli di droga un giorno sì e l'altro pure. Abbiamo la collaborazione stretta con gli organi di polizia per il controllo dei soggetti catturati fino all'emissione dei vari ovuli che portano. Questo per noi, che siamo un ospedale, in realtà è un ruolo secondario, non un ruolo primario; ma lo dobbiamo fare e lo facciamo.

La stessa cosa dicasi per quanto riguarda le prostitute del territorio, che non sono solo di razza nera. Adesso dobbiamo dire che quelle di razza nera sono state soppiantate da quelle di razza bianca, soprattutto da quelle dell'Est Europa.

Castel Volturno è il *pabulum*, ossia la zona dove esse sono alloggiate per potersi poi andare a distribuire sui vari comuni del territorio della provincia di Caserta o dell'*hinterland* napoletano. Quindi le esigenze a cui faceva riferimento il sindaco si cominciano a vedere anche da queste problematiche, da queste posizioni, perché poi queste donne partoriranno e, in genere, verranno a partorire a Castel Volturno.

Comincia quindi il problema di tipo sanitario, perché hanno a che fare con noi, con delle problematiche di tipo sanitario. Arrivano al pronto soccorso. Le altre strutture deputate all'assistenza sono il Poliambulatorio della ASL, dove non si reca quasi

nessuno, un ambulatorio volontario del Centro Immigrati Campania – Fernandes e, infine, Emergency, che ha avuto una sede per un'attività di ambulatorio di primo soccorso all'interno di questi territori e che, quindi, con dei mezzi mobili, si sposta nei vari rioni prevalentemente di razza nera per poter fornire assistenza e prima assistenza.

Tutti confluiscono poi a Pineta Grande, che è un presidio ospedaliero di secondo livello, con rianimazione, TIN (terapia intensiva neurochirurgica), neurochirurgia, cardiocirurgia, medicina, ortopedia e via elencando. È un ospedale che effettua circa 45.000 prestazioni di pronto soccorso annuo; di queste, all'incirca 8.000 sono per extracomunitari.

Castel Volturno presenta poi, di queste affluenze al pronto soccorso, il numero di STP (stranieri temporaneamente presenti) ed ENI (europeo non iscritto) che vengono poi, dopo il primo soccorso, ricoverati. In verità, esistono anche altri ospedali dell'area campana, quali Sarno, Nocera e Battipaglia, che presentano un numero importante. Tuttavia, l'attività che viene espletata lì è prevalentemente di tipo ambulatoriale, ossia viene espletata un'attività di prima assistenza in ambulatorio e poi il paziente viene dimesso.

Da noi affluisce da un'intera provincia, perché c'è il passaparola. Hanno capito la situazione, perché c'è un mezzo di comunicazione tra le varie etnie, le quali si trasmettono che a Castel Volturno, a Pineta, all'ospedale di Castel Volturno, c'è questo e quello, si può avere questo e quello.

Soprattutto stanno comprendendo, in particolare i clandestini, che a Castel Volturno, all'ospedale di Castel Volturno – Pineta è l'ospedale di Castel Volturno – non corrono il rischio di denuncia alle autorità di pubblica sicurezza, perché sono tutelati: « Non ve la fanno la denuncia ».

Questo messaggio lentamente è passato. Gli aborti clandestini, che fino a non molto tempo fa venivano operati al proprio domicilio, hanno comportato poi gravi patologie di tipo settico e infettivo sugli organi genitali femminili delle persone interessate.

Oggi troviamo – questo è per noi un momento di frizione con vari cittadini – casi di procurato aborto a causa degli ovuli che ingeriscono in numero massiccio. Per procurato aborto siamo tenuti, invece, alla denuncia.

Questo fatto ci ha comportato una perdita del sentimento di fiducia che questi soggetti avevano acquisito nella nostra struttura. Un conto era l'assistenza sanitaria, un altro è il procurato aborto, che invece è punito dalla legge. Quindi, in un caso non siamo tenuti a fare la denuncia, nell'altro invece sì. Siamo rispettosi delle norme sanitarie e di pubblica sicurezza.

Questo fatto ha consentito che un corposo numero di donne partorisca nella nostra struttura e rinuncino alla maternità. Ovviamente, della paternità non se ne parla proprio. Abbiamo un numero di minori abbandonati consistente e un rapporto stretto con il Tribunale dei minori di Napoli per l'affido di questi poveri sfortunati, a cui cerchiamo di fornire il massimo di assistenza nella parte iniziale.

Ci siamo offerti, sempre gratuitamente, di fornire assistenza fino all'affido, in modo tale da evitare il trapasso dal nido alle case-famiglia, dove i bambini vanno in genere, per potere poi essere affidati. Quindi, facciamo saltare un passaggio. Aspettiamo l'assegnazione e che il giudice espleti tutte le sue indagini e le necessarie informative, per poter procedere poi alle pratiche di affido.

Il problema non si pone tanto per i neonati sani. Il problema si pone per quelli patologici, soprattutto perché non tutti sono disponibili a prenderli in affido. È stato per me un esempio straordinario quello di un neonato che ho battezzato – uno dei tanti, in verità, che ho battezzato – focomelico dei quattro arti, figlio di indiani, abbandonato alla nascita, che ovviamente nessuno cercava di far affidare. Siamo riusciti a farlo affidare, dopo svariati mesi, a una giovane coppia di italiani che, avendo perso poi tra l'altro il lavoro, mi sono preso anche a lavorare, in maniera tale da completare il quadro. Questo bambino, che si chiama Matteo, con le protesi

agli arti inferiori, sta diventando un piccolo scugnizzo. È un ragazzo meraviglioso.

Sono le cose belle della vita. Facciamo anche questo. Perché lo facciamo? Perché siamo medici, perché dipende dalle nostre coscienze, dal nostro modo di fare e dal nostro modo di comportarci.

Gli extracomunitari ci danno in genere sempre passione e calore. Non è vero che sono persone problematiche. Hanno i loro usi, i loro costumi. Bisogna capirli. Se si vogliono imporre per forza determinate situazioni, probabilmente non riusciamo e creiamo problemi.

All'inizio non sapevamo le cose. Mettevamo insieme ghanesi e nigeriani e c'erano lotte all'interno delle camere di degenza. Poi abbiamo imparato la storia e quindi facciamo delle degenze per uno e per l'altro tipo. Queste piccole cose sciocche ci facilitano la vita. Perché imporre delle cose, quando non ne vale la pena? A volte l'abbiamo fatto inconsapevolmente, perché non lo sapevamo, ma, saputo, sarebbe una cattiveria pura farlo e proseguire in una determinata maniera.

Il problema che abbiamo è rappresentato non tanto dal notevole ingresso di queste persone. Ho necessità di trasferirvi che cosa significa portare delle popolazioni in una condizione di estremo degrado. C'è la necessità che comprendiate.

Pensate che la malaria in un bianco rumeno, che non è mai andato in Africa, ci possa essere? Noi l'abbiamo trovata in un bianco rumeno mai andato in Africa, che viveva però in una situazione di promiscuità in uno di questi ghetti. Come può essere successo? Se mi venite a spiegare da un punto di vista medico il ciclo dell'anofele, chiedendo come sia possibile, non ve lo so spiegare. Vi so dire che questo è successo.

Aiutatemi. Sono qui a portare la mia esperienza. Ho necessità di approfondirla. Con l'ASL di Caserta stiamo cercando di fare uno studio proprio sulla malaria e sulla sua trasmissione perché, se cambia qualche cosa, se cambia qualche ciclo, siamo tutti indenni? Ci sentiamo indenni? Non voglio lanciare degli allarmi, perché penso che non ce ne sia la possibilità, che

non ce ne siano le cause, che non ce ne siano le condizioni, ma si stanno venendo a verificare cose in questo *pabulum* particolare, che si è venuto a creare in questa situazione strana che oggi è un focolaio dagli sviluppi imprevedibili. In verità, quindi, la nostra presenza qui è anche volta a cercare con la nostra esperienza di trovare soluzioni.

Quanto alle patologie che arrivano, abbiamo 2-3 perforati gastrici o intestinali con peritonite a settimana che operiamo di continuo. Ho domandato ai miei colleghi del Cardarelli quanti perforati arrivino a loro. La risposta è stata: «Stanno ancora alle perforazioni? Ci arriva un perforato al mese». Ebbene, a noi ne arrivano due o tre a settimana.

Napoli ha un bacino di utenza di 1,5 milioni di abitanti. Castel Volturno ha un bacino di utenza di 200.000 abitanti. Sono numeri che lasciano perplessi. Se poi si va a vedere, queste perforazioni a chi capitano? Agli extracomunitari, bianchi e neri. Per quali motivi? Per disordini alimentari — bevono —, ma soprattutto c'è un'altra condizione, una condizione sociale estremamente degradata e disagiata. Hanno una povertà assoluta, in cui c'è uno sfacelo del fisico, ragion per cui si hanno queste condizioni, che dopo si vengono a ritrovare e a rivedere quando li ricoveriamo.

Ricoverati, spesso questi pazienti presentano dei crolli multiorgano. In un paziente che arriva per un trauma cranico o per un politraumatismo e va in rianimazione già in un equilibrio emodinamico e biumorale precario, non appena va un momento in più in uno stato di carenza fisica, si ha l'insorgenza di un'insufficienza renale acuta, di un'insufficienza epatica acuta, di un'insufficienza cardiorespiratoria acuta, che è difficile andare a tamponare. Ci troviamo degli interessamenti multi-organo di difficile trattamento. Pertanto, abbiamo una mortalità su questi casi, ovviamente, consequenzialmente elevata.

La stessa cosa riguarda le crisi ipertensive dei giovani pazienti centroafricani. Ci arrivano con delle crisi ipertensive di una pressione di 200 la minima e 280-300 la

massima, con emorragie cerebrali devastanti, che non riusciamo a trattare con tutti i farmaci. Non si riesce a fare scendere. Non scende niente proprio. Ci vogliono giornate e settimane intere di trattamenti per poter fare scendere queste forme di pressione, che ci stanno facendo maturare delle condizioni e delle esperienze dietro a queste situazioni estremamente difficili.

Comprenderete come l'altro aspetto che ci crea dei problemi sia rappresentato dalla degenza dei pazienti extracomunitari. Abbiamo una degenza bassissima nel nostro ospedale. In genere, il ricovero per un tumore del colon dura una settimana, per una frattura del femore o per una protesi di anca o di ginocchio dura una settimana, per un intervento al cuore dura cinque o sei giorni e via elencando. Abbiamo una degenza bassissima. Quando tutto ciò succede a un paziente extracomunitario, non si raddoppia, non si quadruplica, ma il tempo diventa enormemente più ampio.

Perché? Perché le condizioni, in genere, come dicevo, sono accompagnate da comorbidità e comorbilità e da complicanze notevoli, ma soprattutto perché poi c'è il *post*. Quando dimettiamo, dimettiamo per andare dove? Per trasferire il paziente nel proprio domicilio, dove c'è una famiglia, una moglie, una madre, una figlia, un infermiere che lo va a curare. Qui dove va? Sotto il ponte? Nella baracca? Allora i miei medici non dimettono.

Oppure, dove può andare? In riabilitazione. Poiché però sono STP, non li vogliono, gli istituti di riabilitazione non li vogliono. In questo momento ho due pazienti. Se qualcuno lo vuole vedere, vi faccio vedere anche un filmino sul *tablet*. Uno è un tetraplegico a seguito di un trauma, di razza nera, che non speravamo di poter tirare fuori dalla rianimazione. Non so come i miei medici l'hanno tirato fuori dalla rianimazione. Ora è stato passato in subintensiva e sta in medicina. Sta parlando, ma non lo vuole nessuno. Ce l'ho da quattro mesi, con un posto prima di rianimazione.

Un altro è un ucraino che, sempre per un politrauma — non so che cosa sia suc-

cesso — è diventato un dissociato. Questo è un dissociato e dovremmo cercare di ricoverarlo in un ambiente neuropsichiatrico; ma, altrettanto, non lo vogliono.

La problematica degli extracomunitari è una problematica che, dal punto di vista sanitario, deve essere soltanto inquadrata, perché le strutture per potere fornire assistenza ci sono. Quando mi vengono i pazienti, anche perché abbiamo contatto con il Centro Immigrati Campania — Fernandes e le associazioni che sono sul territorio, domando loro: «Scusate, ma perché li portate sempre qua?» «Dotto', quando andiamo a Pozzuoli, a Giugliano o ad Aversa per fare una radiografia dobbiamo aspettare 12 ore. Quando andiamo a Castel Volturno, in mezz'ora o un'ora hanno fatto tutto».

È il trattamento che riserviamo a tutti i pazienti. La nostra scelta è stata che tutti i pazienti — bianchi, neri, gialli, quello che siano, clandestini o non — devono essere trattati alla stessa maniera. Questa è una delle chiavi vincenti, allo stesso modo dell'educazione e il rispetto di tutti. Questo è un messaggio che c'è necessità di dover trasfondere e trasferire a tutti. Se viene a mancare una condizione del genere, non riusciremo mai a risolvere i problemi e si creeranno immediatamente delle situazioni di conflittualità e dei dubbi, a cui tendono a rispondere negativamente, soprattutto i soggetti di razza nera.

Dopo aver fatto questa disamina, abbiamo la necessità di rappresentare alcune problematiche che riteniamo possano essere di rapida soluzione e altre che possono essere di una progettualità e di un'integrazione, anche sotto la guida della Commissione e degli indirizzi che la Commissione vorrà fornirci per poter continuare in quello che riteniamo possa essere stato finora un impegno significativo che abbiamo posto sul territorio.

Certo, le problematiche che l'ASL e la Regione...

PRESIDENTE (*fuori microfono*). Mi scusi, le chiedo di concludere, perché poi vorrei dare la parola anche al direttore scientifico. I colleghi vorrebbero fare anche

alcune domande e poi abbiamo votazioni in Aula.

VINCENZO SCHIAVONE, *Direttore generale del presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno*. Tendo a riassumere dicendo che alcune situazioni vorremmo cercare di poterle risolvere. La Regione Campania è una Regione sottoposta a Piano di rientro e, come tale, è sottoposta ai blocchi dei contratti. Quindi, nonostante l'esigenza chiara, palese ed evidente, ci ritroviamo con i contratti che sono sottoposti ai controlli del Ministero dell'economia, che boccia sempre qualsiasi tentativo di variazione.

Pertanto, andiamo in Regione e verificiamo che ci sono le disponibilità e ci sono le risorse, ma non le possono dare, perché siamo in Piano di rientro. Tenuto conto che si tratta di una peculiarità — non è un'attività ordinaria, ma è un'attività emergenziale, un'attività che va oltre l'ordinarietà — la necessità poter uscire fuori dai canoni degli schematismi burocratici si potrebbe pure evidenziare.

Infine, per cercare di rendere sul territorio di Castel Volturno quello che è diventato un punto di conurbazione tra noi e i cittadini, abbiamo anche la nostra scuola infermieri, in convenzione con l'Università di Tor Vergata. Da quest'anno abbiamo chiesto di lasciare un numero dedicato per i cittadini extracomunitari, perché questi ragazzi, che sono nati sul territorio e vivono lì da vent'anni, sono cittadini stranieri e dovrebbero tornare nelle loro terra... ma non sanno nemmeno dove sia la Nigeria. Dove devono andare?

Si tratta di situazioni veramente strane. Rimane, come diceva il sindaco, questo distacco tra una comunità e l'altra comunità. Da parte nostra, stiamo cercando, con la nostra scuola di formazione e con la nostra convenzione con l'università, di integrare questo rapporto e, quindi, di integrare le popolazioni. Questo è un fatto significativo.

Infine, su tutto questo per la valenza clinica e per l'attività di ricerca che stiamo facendo su questo tipo di attività, ci siamo candidati anche come IRCCS, perché le patologie caratterizzate dall'emergenza-

urgenza sono la nostra vocazione. Volevo sapere se la Commissione può ritenere utile che, accanto a questa nostra *mission* delle patologie cardiovascolari, possa essere associata anche l'attività di ricovero e cura a carattere scientifico per le particolari patologie dei migranti.

La espongo perché non è usuale. Non ci sono altri esempi. Non ci sono altri IRCCS del genere. È la nostra peculiarità. Se voi lo ritenete, da parte nostra c'è la disponibilità a continuare e a rafforzare questo punto, anche con la guida della vostra Commissione, in maniera tale da poter fornire un ulteriore apporto e valenza e poter far sì che ci possiate utilizzare come laboratorio o anche come punto di riferimento per l'attività successiva a favore delle popolazioni dei migranti.

Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, dottor Schiavone. La ringrazio moltissimo per la sua testimonianza. Voglio ricordare che il dottor Schiavone è anche sotto scorta, perché è stato minacciato per motivi legati alla sua attività dalla criminalità organizzata del suo territorio. Esprimiamo la nostra piena solidarietà al suo ruolo e alla sua attività.

VINCENZO SCHIAVONE, *Direttore generale del presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno*. Da quasi un decennio.

PRESIDENTE. Esatto.

Non so se vuole prendere la parola per un breve accenno anche il direttore scientifico, perché dobbiamo veramente stringere sui tempi... Possiamo lavorare altri dieci minuti o un quarto d'ora al massimo.

Prego, dottore Calise.

FULVIO CALISE, *Direttore scientifico del presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno*. Buongiorno a tutti. Anch'io, ovviamente, ringrazio il presidente e la Commissione per questa opportunità.

Sarò brevissimo. Solo per contestualizzarmi: sono un chirurgo, ho diretto per circa trent'anni il Centro trapianti di fegato

del Cardarelli, adesso mi onoro di far parte della squadra dell'ospedale Pineta Grande per la chirurgia complessa del fegato e del pancreas.

Avete avuto un quadro — credo — a tinte forti della realtà di Castel Volturno. Purtroppo, siamo il confine a ovest della Terra dei fuochi, ragion per cui riceviamo — ovviamente, questo non è argomento all'ordine del giorno, ma lo cito per darvi un'idea — anche, purtroppo, tutto l'incremento di patologie complesse che provengono da questa realtà molto, molto articolata. In merito a questo vorremmo, nella speranza nostra e credo anche nella speranza del presidente della Regione, poter invertire questa tendenza, facendo di Castel Volturno e dell'area di Castel Volturno — come diceva anche il sindaco — un esempio in cui cerchiamo di cambiare l'ordine naturale delle cose, stratificato purtroppo in quest'ultimo trentennio.

Partiamo dal fatto che, purtroppo, la qualità delle prestazioni sanitarie nel territorio di Caserta in generale e, in particolare, dell'area della Terra dei fuochi è estremamente evanescente a fronte del ruolo che è stato svolto e rappresentato qui dal direttore generale, dottor Schiavone, nelle modalità che avete ascoltato.

Pineta Grande si trova quindi ad essere il punto di riferimento per svariatissime necessità, tra cui i trasferimenti dagli ospedali dello Stato o della Regione verso Pineta Grande, trasferimenti dai presidi privati, trasferimenti diretti dai 118, in una condizione di estrema difficoltà. A fronte di questo la Regione, purtroppo, non ha un riconoscimento adeguato alla qualità delle prestazioni che vengono erogate.

Per essere propositivi — nella misura in cui si riterrà da parte della Commissione esserlo — vorremmo poter aiutare la Regione e comunque tutti noi a comprendere il territorio. Che cosa significa? Significa, come ha detto il sindaco poc'anzi, che non conosciamo esattamente, nella gran parte dei casi, l'ubicazione, le modalità di vita e la realtà sanitaria, con i pericoli che sono stati illustrati, degli immigrati sul nostro territorio.

Vorremmo coinvolgere e leggere tutte le realtà. Ne abbiamo citate alcune, come Emergency e il Centro Immigrati Campania — Fernandes, ma ce ne sono tante, che agiscono, però, in maniera dissociata l'una dall'altra, non in contatto, non « in rete », come si dice. Lo stesso sindaco, nel momento in cui paga contributi, cioè si occupa di una spazzatura per 40.000 a fronte di 20.000 residenti, è evidente che non ha una lettura del proprio territorio.

Questo andrebbe fatto. Andrebbe fatto attraverso un progetto che abbiamo anche cominciato a discutere con la Regione. Naturalmente, per esempio, una visita della Commissione e della presidenza sul territorio renderebbe più legittimo e soprattutto consentirebbe a voi anche di riscontrare le cose che abbiamo detto qui questa mattina.

Andrebbe fatto, dicevo, attraverso un progetto che, in primo luogo, metta insieme tutte le realtà e che, in secondo luogo, consenta una lettura, attraverso i mediatori culturali, del territorio per sei mesi o per un anno, per capire dove stanno, come stanno, come vivono e come si rapportano questi soggetti con gli altri.

In terzo luogo, occorrerebbe l'inclusione in un programma di prevenzione sanitaria. La cura la facciamo comunque e a prescindere, ma la prevenzione sanitaria, ovviamente, è necessaria a fronte dei rischi di cui ha detto prima il dottor Schiavone.

Infine, occorrerebbe anche il potenziamento delle strutture come il Centro Immigrati Campania Fernandes, la Caritas, e altre che accolgono un determinato numero di immigrati e che potrebbero aumentare la capacità ricettiva, ovviamente se adeguatamente finanziate.

Da questo punto di vista crediamo che ci sarebbero le condizioni con la Regione, d'intesa magari con la Commissione o sotto la spinta della Commissione, per poter avviare questo riconoscimento. Parallelamente al fatto di dire che Castel Volturno si occupa di quest'area enorme di immigrati e sopporta i costi di questo tipo di assistenza sanitaria, credo che la Regione ne debba prendere atto. Naturalmente, se ciò fosse condiviso da questa Commissione, per noi sarebbe un *atout* importante per

poter, giustamente, riequilibrare le funzioni.

Tengo solo a dire che nell'ultimo anno l'ospedale Pineta Grande ha sfornato di 15 milioni il *budget* previsto, per svolgere negli ultimi quattro mesi solo le funzioni di pronto soccorso.

Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, dottor Calise.

Purtroppo, abbiamo pochissimo tempo, ma la collega Colonnese voleva rivolgerci una domanda. Prego.

VEGA COLONNESE. Purtroppo, abbiamo poco tempo. Volevo ringraziarvi per aver dettagliato bene che cosa è accaduto a Castel Volturno e soprattutto il decadimento di una zona che era veramente bellissima. Quindi, vi ringrazio.

C'è una domanda e c'è anche una richiesta che vorrei fare poi anche alla Commissione, che credo sia anche ben predisposta sull'argomento. Volevo sapere quanti degli aiuti dei Governi precedenti sono arrivati a Castel Volturno e se sono arrivati davvero, se erano stati predisposti e non vi sono mai arrivati, se c'è stato uno stanziamento nei Governi precedenti che adesso, invece, manca per questioni legate alla Regione.

Poi volevo fare una proposta. In realtà, si sa che c'è il nuovo Piano ospedaliero proposto dalla Regione Campania e che questo Piano ospedaliero è stato inviato direttamente al Ministero della salute. Sarebbe interessante sapere come si è pensato questo Piano, anche per capire effettivamente se ci siano stati stanziamenti.

Come nota a margine, ci sono ingenti stanziamenti che vengono erogati a strutture private che sicuramente non si occupano del lavoro che ci hanno appena descritto, ma anzi si occupano di altri tipi di livelli di assistenza, mentre vengono ridotti gli stanziamenti previsti per un'opera che, secondo me, è rilevante, perché aiuterebbe anche l'integrazione effettiva di queste persone, che vengono aiutate con la giusta dignità.

Volevo fare questa domanda e rivolgere questa proposta alla presidenza.

PRESIDENTE. Grazie.

Se non c'è nessun altro, prima di dare la parola al sindaco, ovviamente esprimo tutta la nostra disponibilità a raccogliere queste informazioni. Vi potrei anche fare due proposte, se concordiamo. Poi lo deciderà l'Ufficio di presidenza, ma ve le posso preannunciare.

Direi che potrebbe essere molto importante e interessante fare anche una nostra visita a questa struttura. Potremmo organizzarla con la stessa veste che abbiamo previsto anche per altre. Non vorremmo andare solo a vedere gli *hotspot* e i centri di accoglienza, ma anche delle realtà come queste.

Inoltre, addirittura — questo lo valuteremo — potremmo anche invitare in audizione il presidente della Regione Campania. Potrebbe essere un'occasione per dialogare con lui.

Purtroppo, la Regione Campania non ha solo quel pezzo del territorio, ma ha anche altri territori su cui forse sarebbe il caso di fare un compiuto ragionamento, magari anche con la presenza del Commissario alla salute del Governo, trattandosi di una Regione commissariata, per capire, nella rete dei profili di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria di quella Regione, che cosa si prevede per queste situazioni.

Do la parola al sindaco Russo per la replica.

DIMITRI RUSSO, *Sindaco di Castel Volturno*. Con riferimento alla prima domanda, posso assicurare che non c'è stato mai alcun intervento specifico di alcun Governo sugli immigrati a Castel Volturno, né dei Governi precedenti, né di quello attuale. Raramente vengono pubblicati dal Ministero dell'interno dei bandi con cui singolarmente alcune associazioni, spesso nemmeno del territorio, riescono a raccogliere qualche finanziamento e a portare avanti qualche forma di integrazione, legata all'alfabetizzazione, ma parliamo di numeri veramente esigui rispetto alle emergenze del territorio.

Sull'altra domanda faccio un piccolo intervento, anche se non è di mia competenza. Magari potrà intervenire il dottore Schiavone. Vi posso assicurare che, se da

parte vostra c'è un'attenta visione del Piano ospedaliero, trovate tantissime incongruenze che andrebbero accertate. Ci sono ospedali che hanno una bassissima saturazione, ossia ospedali che non riescono a occupare tutti i letti e hanno avuto nel Piano un ampliamento dei letti. Poi ci sono ospedali e strutture sanitarie in cui c'è una saturazione al 99-100 per cento, che non hanno visto riconoscere il...

Nel caso di Pineta Grande, nel nuovo Piano ospedaliero — non lo dico perché voglio sposare la tesi oppure le richieste dell'imprenditore — a Castel Volturno, al dottor Schiavone, laddove si sarebbe dovuto accorpate semplicemente delle strutture già esistenti e accorparle tutte lì, questo non è stato riconosciuto. Quindi, ci sono contraddizioni veramente forti.

Grazie.

PRESIDENTE. Signor sindaco, ovviamente su questa materia faremo delle verifiche, come abbiamo detto. Credo che la cosa migliore sia proprio quella di parlare con il presidente della Regione e con il Commissario, così ci spiegheranno.

Prego, un *flash* finale.

VINCENZO SCHIAVONE, *Direttore generale del presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno.* Posso invitare su questa strada dell'audizione del presidente della Regione e del Commissario, perché

veramente si stanno registrando delle discrepanze e delle incongruenze che non trovano spiegazioni.

La provincia di Caserta è la provincia con il più basso indice di posti letto per 1.000 abitanti. Ci sono 2,2 posti letto, al di sotto — quasi la metà — dei 3,7 previsti dalla programmazione nazionale. Tra l'altro, con la Terre dei fuochi non è previsto quasi niente, perché i posti letto che sono stati assegnati alla provincia di Caserta, come diceva il sindaco, sono stati assegnati negli ospedali, che non li potranno fare, motivo per cui non c'è una volontà di fare alcunché.

A questo aggiungiamo anche che, per quanto attiene gli STP — sapete che le prestazioni degli STP sono a carico del Ministero dell'interno — quello che facciamo viene trattenuto dalla ASL e dalla Regione e non viene rigirato a noi.

PRESIDENTE. Grazie.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 12.10.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. RENZO DICKMANN

*Licenziato per la stampa
il 13 gennaio 2017*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

