

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E DI IDENTIFICAZIONE,
NONCHÉ SULLE CONDIZIONI DI TRATTENIMENTO
DEI MIGRANTI NEI CENTRI DI ACCOGLIENZA,
NEI CENTRI DI ACCOGLIENZA PER RICHIEDENTI ASILO
E NEI CENTRI DI IDENTIFICAZIONE ED ESPULSIONE**

RESOCONTO STENOGRAFICO

14.

SEDUTA DI MARTEDÌ 30 GIUGNO 2015

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **MARIO MARAZZITI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Burtone Giovanni (PD)	14, 16
Marazziti Mario, <i>presidente</i>	3	Colonnese Vega (M5S)	13
Audizione di rappresentanti della Croce Rossa Italiana: Stefano Principato, Presidente del Comitato provinciale di Catania, Leonardo Torrisi, membro del Comitato provinciale di Catania, Antonella Fabiano, direttore sanitario CRI della Regione Sicilia:		Fabiano Antonella, <i>direttore sanitario CRI della Regione Sicilia</i>	8, 9, 10, 12, 15, 16, 19
Marazziti Mario, <i>presidente</i> .	3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20	Locatelli Pia Elda (Misto-PSI)	8
Beni Paolo (PD)	6, 8, 9	Patriarca Edoardo (PD)	13, 14
Brescia Giuseppe (M5S)	14, 19	Principato Stefano, <i>presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana</i>	3, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 16, 19
		Torrisi Leonardo, <i>membro del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana</i>	5, 17, 18

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
MARIO MARAZZITI

La seduta comincia alle 13,30.

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

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche mediante l'impianto audiovisivo a circuito chiuso e la trasmissione diretta sulla web tv della Camera dei deputati.

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti della Croce Rossa Italiana: Stefano Principato, Presidente del Comitato provinciale di Catania, Leonardo Torrisi, membro del Comitato provinciale di Catania, Antonella Fabiano, Direttore sanitario della Regione Sicilia.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti della Croce Rossa Italiana: Stefano Principato, Presidente del Comitato provinciale di Catania, Leonardo Torrisi, membro del Comitato provinciale di Catania, Antonella Fabiano, direttore sanitario CRI della Regione Sicilia.

Comunico che Gabriella Salvioni, responsabile pro tempore presso il CARA di Mineo, per impegni familiari non può essere presente.

Avverto che della presente audizione sarà redatto un resoconto stenografico e che, ove necessario, i lavori della Com-

missione potranno proseguire anche in seduta segreta (lo può chiedere un commissario o un audito).

Ricordo che la presente audizione è stata richiesta in relazione all'esigenza di acquisire informazioni sugli aspetti salienti della partecipazione del Comitato provinciale della Croce Rossa Italiana nel consorzio che gestisce il CARA di Mineo, nonché sugli aspetti operativi e contabili concernenti l'attività della Croce Rossa nel centro, con particolare riguardo ai bilanci, alle risorse umane ed economiche impiegate, al tipo di servizi erogati e alle relative forme di controllo.

Nel dare il benvenuto agli auditi, ringraziandoli per la loro disponibilità e rammaricandomi dell'assenza della quarta componente della delegazione, cedo loro la parola.

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Signor presidente, la ringrazio di avermi dato la possibilità di essere presente oggi, insieme alla dottoressa Fabiano, nostro direttore sanitario regionale, e al dottor Torrisi, che si occupa della parte economica. La dottoressa Salvioni, assente per impegni familiari, per molto tempo ha seguito la gestione del CARA di Mineo, prima come direttrice del centro e poi come componente del Comitato di Croce Rossa che faceva attività all'interno del CARA.

PRESIDENTE. Direttrice del centro?

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Era direttrice del centro quando nel 2011 era gestito da Croce Rossa.

Ho voluto portare con me anche queste persone, che ringrazio, perché per me è fondamentale fare chiarezza su un argomento così importante. Mi preme fare chiarezza perché Croce Rossa ha svolto spesso attività nel centro e, poiché la vostra funzione istituzionale per noi è un momento importante, vogliamo darvi personalmente tutti gli strumenti utili affinché il vostro mandato istituzionale sia il più preciso possibile.

Per questa ragione mi sono avvalso dei collaboratori presenti, ma ho anche lasciato alla presidenza un documento scritto che possa cristallizzare tutti i passaggi, allegando anche gli atti relativi a ciò che dirò.

Vorrei fare innanzitutto un *excursus* storico, non solo dal 2014 ma dal primo impegno di Croce Rossa nel 2011, per capire come è stato determinato, ad esempio, il prezzo della gara, quali servizi ha erogato Croce Rossa all'interno dell'ATI e perché Croce Rossa svolge in questo momento il servizio. Se mi è possibile, quindi, partirei da un *excursus* storico.

Nell'evento « CARA di Mineo » bisogna evidenziare due momenti importanti: la fase emergenziale, che nasce per Croce Rossa il 18 marzo 2011, e la fase ordinaria dal 1° gennaio 2013. Nella fase emergenziale tutto nasce con la Presidenza del Consiglio dei ministri che dichiara lo stato di emergenza umanitaria nazionale in seguito agli sbarchi delle popolazioni del Nord Africa che arrivavano sulle nostre coste. Quindi, si emana l'ordinanza della Presidenza del Consiglio dei ministri, si individua nella figura del delegato all'emergenza, il commissario che in quel caso era il prefetto Gabrielli, la possibilità di potersi muovere e si dà la possibilità a Croce Rossa Italiana, al Comitato centrale, di essere un supporto utile al commissario nella gestione di questa emergenza.

Infatti il 18 marzo 2011 il delegato per l'emergenza Gabrielli attiva la Croce Rossa nazionale per l'espletamento di tutti i servizi all'interno del CARA. Inizia quindi l'esperienza di Croce Rossa a livello nazionale e si sottolinea che quest'intervento dal 18 marzo 2011 fino al 30 giugno 2011

deve essere fatto da Croce Rossa Italiana con oneri totalmente a proprio carico, con l'uso di personale e strumento volontario che viene da tutte le regioni d'Italia.

Passa il tempo. Questa attivazione è stata prorogata fino al 31 agosto 2011, laddove Croce Rossa Italiana gestisce l'intero servizio. Tuttavia, in una nota Croce Rossa fa capire che questo servizio, che porta tutti i volontari d'Italia e i dipendenti a prestare la propria opera al CARA, è troppo oneroso, quindi fa presente al Governo che non può più continuare a svolgerlo.

Per questo il soggetto attuatore – che in quel tempo poi è diventato la provincia regionale di Catania, presieduta dal presidente Castiglione – manifesta la possibilità di affidare l'espletamento a Croce Rossa Italiana solo per l'ambulatorio sanitario e in tal senso fa una richiesta per iscritto. Ho allegato gli atti in cui i vari soggetti chiedono di presentare a Croce Rossa, al Comitato provinciale di Catania, una proposta economica dal 1° settembre al 31 dicembre 2011, per colmare quindi il periodo dell'emergenza, che inizialmente durava un anno.

Croce Rossa Italiana, che allora era ente di diritto pubblico – in tutto questo c'è da ricordare che Croce Rossa, con il decreto n. 178, ha subito delle trasformazioni statutarie e nel 2014 diventa ente di diritto privato – individua nella signora Gabriella Salvioni, che era direttore del centro quando lo gestiva Croce Rossa nazionale, la persona che deve vedere la sussistenza di condizioni economiche per poter stipulare un accordo e anche individuare quale tipo di servizio sanitario si deve svolgere all'interno del CARA.

Qui entra in ruolo la mia persona. Io ero stato nominato commissario a marzo del 2011 e quando mi si chiese se ero interessato a continuare a fare questo servizio, onestamente ne fui felice, perché avevamo gestito l'emergenza migranti da volontari. Come ho detto poc'anzi, Croce Rossa aveva fatto questo interpellò a tutte le forze e gli uomini di buona volontà e noi a Catania...

PRESIDENTE. (*fuori microfono*) Anche per il mangiare ?

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Inizialmente gestivano tutte le cose. Ora invece c'è la proposta, da parte del soggetto attuatore, di gestire solo l'ambulatorio sanitario. E viene chiesto a Croce Rossa Italiana se il Comitato provinciale di Catania è nelle capacità economiche di fare una proposta e quali servizi sanitari poteva erogare all'interno, però esclusivamente sulla parte sanitaria.

PRESIDENTE. Mi scusi, per evitare di fare domande dopo: i primi tre mesi, quindi, poi prolungati fino ad agosto, su base volontaria, ma le spese materiali di tutta la gestione dell'accoglienza, dal mangiare ad altre spese, erano tutte a carico di Croce Rossa o questo era un *budget* diverso ?

Insomma, il lavoro era volontario, ma le spese erano a parte, oppure tutto era a carico della Croce Rossa e da parte del Governo italiano, del ministero o della provincia di Catania non è arrivato nulla ?

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Nella fase emergenziale, quando Croce Rossa nazionale decide di fare attività sul territorio, a me risulta e leggo l'atto 23411 del 2011 che: « ha disposto l'attivazione di Croce Rossa per l'espletamento di tutti i servizi assistenziali con oneri a carico della Croce Rossa Italiana e a mezzo dei propri volontari ». Poi non so che accordi ci sono, però a me risulta che Croce Rossa si è fatta carico, inizialmente...

LEONARDO TORRISI, *membro del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. A quanto ci risulta, in quel periodo fu data autorizzazione a Croce Rossa di sbloccare dei fondi, che erano nel bilancio di Croce Rossa e che erano residui di campagne svolte anche all'estero, da poter utilizzare per finanziare questa operazione.

Questo è ciò che risulta. Le somme provenivano da questo sblocco.

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Sì, ma non vorremmo dire cose che magari...

Il Comitato centrale magari sa meglio, però la cosa che mi premeva dire è che il Comitato provinciale di Catania, alla proposta del soggetto attuatore se volesse continuare, ha risposto di sì per un motivo molto semplice. Croce Rossa non fa altro che cercare di dare una risposta qualificata alle emergenze. Era chiaro, per noi, che l'emergenza migranti del 2011 non si sarebbe esaurita in quell'anno ma, vista la situazione geopolitica che tutti conosciamo, sarebbe stata una criticità che avrebbe toccato il territorio italiano.

Noi ci siamo resi conto che Croce Rossa Italiana aveva capacità importanti. Mentre la stessa dottoressa Salvioni gestiva il CARA di Roma, paradossalmente in Sicilia non c'era nessuna esperienza capace di dare una risposta qualificata.

Allora, non tanto per l'utile economico, ma per l'utile sociale, il sottoscritto ha fatto un'assemblea dei soci in cui abbiamo deciso insieme di fare questa scelta affinché l'esperienza del CARA di Mineo, un'esperienza molto forte e qualificante, potesse tornare sul proprio territorio. È quello che poi succede: io spesso vado a parlare con la prefettura di Catania e al molo spesso c'è solo Croce Rossa.

L'esperienza che è stata acquisita nell'ambulatorio di Mineo, la capacità di dare una risposta qualificata, la possibilità di avere medici, infermieri e autisti soccorritori che costantemente vedono determinate criticità, ci ha permesso di fare un servizio sul territorio che difficilmente Croce Rossa sarebbe stata capace di fare.

In molti moli, nel ragusano e in tutti gli sbarchi ad Augusta, spesso ci sono volontari di Catania perché per noi l'esperienza al CARA è un'esperienza qualificante che ci permetteva di avere quel *know-how* che difficilmente si poteva avere.

Quindi, abbiamo guardato veramente più all'utile sociale che poteva essere dato

da questa forte esperienza. Per questo motivo ho dato la mia disponibilità a proseguire. Croce Rossa potrebbe sembrare un'associazione un po' strana: chi vi parla, ad esempio, è il presidente, ma è anche un volontario, per definizione e di fatto, e ha responsabilità piuttosto importanti. Però non lo facciamo per avere qualcosa in cambio ma solo per la soddisfazione di dare risposta a un problema.

Chi vi parla, interpellato dalla Salvioni e da Croce Rossa nazionale, ha detto di essere disposto, come Comitato provinciale di Catania, coinvolgendo l'esperienza sul territorio, a continuare questa esperienza.

Parlando anche con il direttore sanitario nazionale per quanto riguarda la parte sanitaria, la signora Salvioni, dal punto di vista economico, vista l'esperienza che Croce Rossa aveva maturato nel CARA per tre mesi, ha fatto una proposta economica che era anche suffragata dalle attività sanitarie che Croce Rossa avrebbe fatto in quel periodo, dal 1° settembre al 31 dicembre 2011.

La proposta economica formulata dalla signora Salvioni da un lato precisa la tipologia dei servizi, dall'altro individua il costo in 150.000 euro al mese. Il soggetto attuatore a questo punto prende nota di questa proposta e chiedo un ribasso a Croce Rossa, che decide di ribassare del 4 per cento.

Inizialmente la proposta era di 150.000 euro: la proposta avanzata dalla Croce Rossa Italiana, nella persona della signora Salvioni, in funzione dei servizi erogati e delle esperienze fatte, ha quantizzato in 150.000 euro la spesa mensile per poter affrontare il servizio CARA Mineo. Il soggetto attuatore prende atto di questa proposta e chiede un possibile ribasso, che Croce Rossa nazionale accorda nella misura del 4 per cento.

A questo punto il commissario delegato, il prefetto Gabrielli, non fa altro che autorizzare la sottoscrizione dell'accordo per il servizio esclusivamente sanitario, per il limite di spesa mensile di 144.000 euro, per il periodo che va dal 1° settembre al 31 dicembre 2011.

PAOLO BENI. (*fuori microfono*) Mensili?

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Mensili.

Quindi, dal 1° settembre al 31 dicembre 2011 il soggetto attuatore, che è l'ente della provincia, non fa altro che affidare a Croce Rossa per questo periodo esclusivamente l'attività ambulatoriale, al prezzo di 144.000 euro al mese.

Si badi bene che tutti gli altri servizi, invece, vengono affidati mediante procedura di gara ad altri soggetti. A questo punto, se Croce Rossa ha fatto un accordo diretto ente pubblico-Croce Rossa/ente pubblico-provincia, per quanto riguarda l'aspetto sanitario, tutto il resto è stato gestito tramite gara dal soggetto attuatore dando a terzi.

Si credeva che l'emergenza migranti sarebbe finita nel 2011, invece c'è stata una proroga per tutto il 2012. A questo punto, sempre ente pubblico-Croce Rossa/ente pubblico-provincia stipulano diverse convenzioni che si susseguono simili, se non per quella del 27 aprile 2012, in cui si chiede che il corrispettivo del servizio sempre esclusivamente sanitario offerto da Croce Rossa venga rimodulato in termini di *pro capite/pro die* e sull'effettiva presenza degli ospiti.

A questo punto Croce Rossa Italiana, sempre nella figura della signora Gabriella Salvioni, fa un'apposita analisi di spesa e immagina che questo costo unitario *pro capite/pro die* potrebbe essere di 3 euro. Come si vede dagli atti, fa un piano di spesa.

PAOLO BENI. (*fuori microfono*) Scusi, quando avviene questo?

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Il 27 aprile 2012.

Nella convenzione del 27 aprile 2012 c'è traccia, per cui il corrispettivo è stato rimodulato *pro capite/pro die* per l'effettiva presenza degli ospiti, per l'importo di 3

euro a persona, per una spesa massima mensile non superiore a 144.000 euro.

Si continua, quindi, nel 2012, a partire da aprile, sempre 144.000 euro, ma questa volta secondo il criterio *pro capite/pro die*. Al di là dell'aspetto sanitario, tutti gli altri servizi continuano a essere gestiti dall'altro raggruppamento delle cooperative e dalla gara che ha fatto il soggetto attuatore.

Il 31 dicembre 2012 finisce anche lo stato di emergenza. A questo punto c'è una situazione un po' particolare. Ricordo...

PRESIDENTE. Mi scuso se la interrompo, ma vorrei fare chiarezza.

Quando c'è questa rimodulazione della convenzione, viene quantificato dalla dottoressa Salvioni in 3 euro *pro capite/pro die* in base al numero delle presenze, non in base al numero delle prestazioni erogate.

STEFANO PRINCIPATO, presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana. Come si legge nell'atto, loro ipotizzano questi 3 euro, specificato con apposita nota di prezzi, per un tetto comunque di 144.000 euro, con un minimo garantito di mille ospiti. Questi erano i parametri.

PRESIDENTE. Quindi 3.000 euro al giorno, cioè 90.000 euro minimo garantito al mese. Spesa massima, 144.000 euro, ma sempre indipendente dalle prestazioni erogate, in base alle presenze.

STEFANO PRINCIPATO, presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana. Sì, in base alle presenze.

PRESIDENTE. La seconda questione è se ricordate, in quel periodo, come venivano registrate le presenze.

STEFANO PRINCIPATO, presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana. Ho portato un report dove si leggono dal 2012 in poi — ed è agli atti — tutti i servizi sanitari erogati, per varie

tipologie, quindi quante visite ambulatoriali, quanti trasporti infermi e via elencando. Ciò grazie a un *software* che abbiamo immaginato che potesse rendicontare tutte le prestazioni che effettivamente Croce Rossa fa.

Dal 2012 al 2015 abbiamo nei *report* sanitari tutte le prestazioni.

Ciò che mi premeva dire è che, quando finisce la parte emergenziale, c'è l'ordinanza n. 33 — sempre della Presidenza del Consiglio dei ministri — che fissa una zona di transizione: dal 1° gennaio fino a giugno 2013 si riconosce alle prefetture la possibilità di proseguire i servizi assistenza in essere al 31 dicembre 2012. In più, la cosa importante è che l'ordinanza fissa anche l'importo complessivo in euro 35 giornalieri onnicomprensivi...

Sì, infatti questo è stato un problema.

Questa circostanza ha creato un po' di perplessità, perché c'era l'ordinanza n. 33 che indicava questo prezzo unitario per tutti i servizi; nel frattempo, il prefetto ha mandato una nota a Croce Rossa in cui diceva di continuare con quei servizi così come disponeva l'ordinanza n. 33. Quindi, Croce Rossa a gennaio, febbraio e marzo svolgeva dei servizi, ma mentre prima l'interlocutore qualificato era l'ente della provincia, da questa situazione si cominciava a capire chi doveva fatturare.

Nel frattempo, c'è stato un altro problema. Come diceva lei, il prefetto di Catania ha sottoscritto con il Consorzio dei comuni un'apposita convenzione per disciplinare la gestione del CARA e l'espletamento dei servizi relativi fino al 30 giugno 2013. Quasi a sanare, la prefettura di Catania ha sottoscritto una convenzione con il Consorzio dei comuni per un servizio che potesse gestire l'attività di Mineo dal 1° gennaio 2013 al 30 giugno 2013.

Quindi, cos'è successo? Tutti gli enti che in quel momento stavano facendo servizio fatturavano in modo diverso: ad esempio, Croce Rossa fatturava alla provincia di Catania; l'ATI (Consorzio Sisifo) fatturava sempre alla provincia di Catania; Pizzarotti, che era stato requisito come immobile, fino a ieri costo d'emergenza, a questo punto non sapeva come fare. Il

fatto di questo importo unico al giorno per ciascun ospite ha spinto i soggetti che operavano all'interno della struttura a siglare una lettera di intenti in cui si manifestava la volontà di stringersi in un'ATI.

A questo punto, Croce Rossa ente pubblico chiede l'autorizzazione dicendo di avere interesse a continuare; da Roma arriva l'autorizzazione a stringersi in ATI. Quindi, si costituisce questa associazione temporanea di impresa; i soggetti fra di loro costituiscono l'ATI col capogruppo Sisifo; nei patti parasociali il corrispettivo riconosciuto a Croce Rossa, sempre ed esclusivamente per l'aspetto sanitario — perché dopo il 2011 Croce Rossa si è occupata solo di questo — risulta pari a 1,70 euro *pro capite/pro die*.

Quindi Croce Rossa, per il servizio espletato nei patti parasociali all'interno del CARA, aveva un importo di 1,70 euro *pro capite/pro die*. Il consorzio dei comuni stipula con l'ATI Sisifo un contratto che prevede un corrispettivo unitario di 34,60 euro dal 1° gennaio fino al 30 giugno 2013. Questo per noi è stato importante, perché per quei mesi che noi avevamo erogato fino a marzo, per cui non sapevamo a chi fatturare nonostante fornissimo servizi, con questa costituzione dell'ATI si è riusciti a sanare economicamente il tutto, perché avendo il consorzio dei comuni la possibilità di fare questo accordo dal 1° gennaio fino al 30 giugno e avendo un unico interlocutore siamo riusciti a riavere tutti i servizi erogati in quei tre mesi.

PAOLO BENI. (*fuori microfono*) A 1,70 euro ?

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. A 1,70 *pro capite/pro die* per i servizi sanitari.

PAOLO BENI. (*fuori microfono*) Non a tre.

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. No, prima era a tre.

PRESIDENTE. A tal proposito vorrei chiedere una cosa molto semplice. È un passaggio molto importante perché cambia la struttura complessiva e il Ministero dell'interno valuta positivamente il fatto di decidere un importo complessivo per ogni ospite, che copra tutte le voci come costo.

In questo passaggio a Croce Rossa, viene cambiato l'importo da 3 euro al giorno a 1,70 euro. Accettare questo pesante taglio è stato un fatto normale? O era troppo prima o era poco dopo.

PIA ELDA LOCATELLI. Prima c'era di fatto un conteggio, poteva andare da mille a tremila. In questo caso, vorrei sapere il conteggio delle presenze, non delle prestazioni, perché il calcolo si fa sulle presenze.

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Le presenze venivano sempre date dal soggetto attuatore. Mentre quello era un minimo garantito di mille ospiti, qui invece era...

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Dal primo momento è stato possibile acquisire le presenze perché il CARA ha sempre avuto un sistema informatico. Ogni ospite ha in dotazione un *badge*, quindi qualunque tipo di accesso, che sia la mensa oppure il ritiro di qualunque bene, veniva automaticamente registrato.

Anche in ambulatorio le presenze degli ospiti sono regolarmente registrate, quindi noi abbiamo dal primo momento una quantificazione precisa — e l'abbiamo allegata — del tipo di prestazione che è stata fatta: se è stata una prestazione ambulatoriale domiciliare, se è stata una prestazione ambulatoriale esterna, è sempre possibile ricostruirlo.

La presenza è quantificabile grazie al sistema informatico.

PIA ELDA LOCATELLI. Parliamo a volte di presenze, a volte di prestazioni, ma sono due cose diverse.

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Mi scusi, le

prestazioni sono una cosa: ogni giorno viene redatto un *report* giornaliero, dove le chiamate – lo potrete vedere, lo abbiamo allegato – sono molto precise. Noi sappiamo quanti sono stati gli accessi in ambulatorio, quanti sono stati gli accessi in terapia, se sono stati adulti o bambini, se sono state visite specialistiche esterne. Questi sono gli accessi in ambulatorio.

A fronte di questo, poi, esiste la presenza dell'ospite all'interno del CARA.

PAOLO BENI. Intervengo per una precisazione molto semplice. Sappiamo come funziona il sistema del *badge* e del sistema informatico collegato al *badge*, ma lei diceva che questo sistema era in funzione fin dall'inizio, fin dall'apertura del CARA...

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Assolutamente sì.

PAOLO BENI. Quindi, chi ha progettato il sistema? Il ministero nel momento in cui è stato deciso lo stato d'emergenza ed è stato aperto il CARA...

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Certo.

PAOLO BENI. ... non i soggetti gestori nell'ultima fase.

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. I soggetti gestori successivi hanno apportato delle modifiche, esattamente come abbiamo fatto noi. Vi spiego. Inizialmente il sistema informatico era esclusivamente un sistema anagrafico, il che vuol dire che, a fronte della fotografia identificatrice dell'ospite e a quelle che erano le sue generalità, noi non avevamo altro. Tant'è vero che la nostra prima testimonianza dell'attività sanitaria è stata una testimonianza cartacea.

Quando è subentrato il Comitato provinciale di Catania, chiaramente dagli informatici abbiamo fatto strutturare tutta la parte sanitaria del programma. È chiaro che la parte sanitaria è una parte che

risponde alla regolamentazione della *privacy*, quindi ha delle chiavi di ingresso specifiche. Solo ed esclusivamente i medici possono entrare nel sistema informatico sanitario. È come se ci fosse una struttura di base, che è l'anagrafica dell'ospite, e poi ci sono delle singole chiavi di accesso a seconda dei servizi, che si sono strutturate man mano. Noi abbiamo strutturato la parte sanitaria.

PRESIDENTE. Dottoressa, mi scusi, lei conosce il funzionamento del CARA di Mineo dagli inizi?

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Assolutamente sì.

PRESIDENTE. Direttamente?

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Direttamente. Io sono direttore sanitario della regione Sicilia per la Croce Rossa, quindi io sono un dipendente pubblico, da aprile del 2011.

PRESIDENTE. Allora le vorrei chiedere una cosa che non ci è chiara rispetto ad audizioni precedenti. Noi abbiamo percepito – posso sbagliarmi, ma potremmo riprendere i verbali di audizioni precedenti – che l'attuale sistema di *badge* magnetico è frutto di un cambiamento, che ci è stato dato come rilevante, fatto in tempi molto recenti...

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. No.

PRESIDENTE. ... cioè dopo la nuova convenzione, e che questo sistema informatico adesso ha un terminale in prefettura, quindi in tempo reale si può vedere, salvo non poter vedere se chi striscia è davvero il titolare del *badge*, perché potrebbe anche accadere che qualcuno strisci...

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Presidente, per noi è ovvio.

PRESIDENTE. Per voi è ovvio perché c'è l'individuo.

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Abbiamo l'anagrafica.

PRESIDENTE. Infatti, le stavo ponendo una domanda rispetto al resto.

Noi avevamo percepito — io almeno, ma voglio ricontrollare — che il modo di raccogliere le presenze precedentemente all'ultima fase fosse un po' diverso.

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. A memoria mia il *badge* c'è sempre stato; c'è stata l'anagrafica e, con l'anagrafica...

PRESIDENTE. *Badge* magnetico oppure semplicemente un tesserino con la fotografia e il nome? Io ho capito che il *badge* magnetico, con i punti di entrata e uscita e registrazione nel sistema informatico, fosse una cosa recente.

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Guardi, il tesserino c'era fin dall'inizio, le presenze erano comunque prese. C'è stato un passaggio. Se c'è stata un'implementazione con il supporto magnetico questo non so dirlo.

PRESIDENTE. Lei capisce che, siccome al CARA non c'è obbligo di residenza e c'è una prassi per cui si può stare in genere fuori tre giorni e al quinto giorno scatta un allarme di assenza, magari con la possibilità di perdere il diritto di stare, effettivamente la quantità di presenze può oscillare non di uno, ma di decine, centinaia, migliaia.

Però lei non ricorda se anche il primo tesserino era magnetico...

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. No. Questo

non lo ricordo, però che ci fosse un tesserino dal primo giorno e che fosse possibile la rilevazione delle presenze questo lo ricordo assolutamente.

C'è stata un'implementazione del sistema informatico. Noi abbiamo man mano strutturato, partendo dall'anagrafica, delle diverse voci, le voci della prima visita come le voci di tutte le visite successive; inoltre, abbiamo la possibilità, allo stato attuale, di acquisire qualunque certificazione il migrante abbia all'esterno, ad esempio visite specialistiche. Viene tutto scannerizzato.

PRESIDENTE. La ringrazio. Le chiedo se può rispondere alla domanda relativa al passaggio da 3 euro a 1,70.

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. La gara di prima aveva un minimo garantito. Questa nuova gara, con il prezzo unitario, era sui 2.000 ospiti.

Questo nuovo *target* ha permesso di poter rimodulare il prezzo affinché con 1,70 euro riuscisse a entrare nei costi standard.

L'accordo, come sapete benissimo, si formula con diverse proroghe. Si arriva così al 1° ottobre 2014 e a oggi, laddove vi è una nuova realtà. Come sapete, il consorzio dei comuni il 24 aprile 2014 ha indetto la gara pubblica per 3.000 ospiti, con un costo *pro capite/pro die* di 29,80 euro. Croce Rossa a questo punto, per continuità, ha ricostituito un'altra ATI, ma sembra con gli stessi partner con cui ha lavorato in questi anni.

Si fanno dei nuovi patti parasociali dove Croce Rossa si occupa solo dell'aspetto sanitario e si occupa, come sempre, al cento per cento di questi servizi; mentre alcuni sono servizi condivisi per un'ATI orizzontale, qui Croce Rossa continua a occuparsi nel complesso dell'aspetto sanitario.

L'ATI risulta poi, come sapete benissimo, aggiudicataria con un'offerta economica pari a 29,50 euro e il prezzo *pro capite/pro die* riconosciuto a Croce Rossa scende ancora a 1,668 euro. Questi sono stati i vari passaggi amministrativi.

Per quanto riguarda la parte operativa, Croce Rossa ha sempre fondamentalemente svolto gli stessi compiti istituzionali e, come diceva il nostro presidente, noi abbiamo un *report* di attività che parte dal 2012 fino al 2015. Grazie al *software* che abbiamo, tutti gli accessi che i migranti fanno agli ambulatori sono codificati.

Vorrei anche dire cosa fa Croce Rossa, dal 2014 in poi, in più rispetto al bando. Nel bando, ad esempio, si prevedeva un ambulatorio per le urgenze, ma Croce Rossa al CARA non fa solo ambulatorio per le urgenze, ma, come avrete modo di vedere, interventi piuttosto importanti e significativi: si parla di 2.100-2.400 visite ambulatoriali al mese, con diversi ambulatori.

Abbiamo l'ambulatorio adulti, aperto dalle 9 alle 12 e dalle 16 alle 19 ogni giorno; abbiamo l'ambulatorio pediatrico, aperto dalle 10 alle 12.30 e dalle 17 alle 19.30. Abbiamo ampliato altri ambulatori che erano utili per affrontare le criticità del CARA. Ad esempio, abbiamo attivato il servizio psichiatrico con il supporto dell'ASP territorialmente competente. Abbiamo istituito un ambulatorio ginecologico perché vi erano molte donne in stato interessante che era necessario seguire, anche attraverso un accordo con il Policlinico di Catania.

Abbiamo attivato un ambulatorio di medicina per le malattie infettive, perché capite benissimo che bisognava monitorare alcuni casi importanti di TBC e di HIV, nonché scabbia e quant'altro.

Oltre a questo, abbiamo fatto, all'interno del CARA, un progetto di sensibilizzazione e informazione sulle malattie trasmissibili sessualmente. Abbiamo immaginato un servizio di dermatologia, un ambulatorio che si apre ogni settimana — come tutti gli altri, e ciò in più rispetto a quello che prevedeva il bando — per monitorare tutte le malattie dermatologiche.

Abbiamo individuato anche l'apertura di un ambulatorio odontoiatrico, perché all'interno del CARA si registravano molte problematiche di natura odontoiatrica di difficile soluzione.

Dico tutto questo per far capire come l'impegno di Croce Rossa fosse quello di risolvere alcuni problemi. Anche se il bando non lo prevedeva, ci è sembrato giusto, proprio al fine di stare vicino alle esigenze dei migranti, attivarsi con una serie di ambulatori non richiesti ma che per noi erano indispensabili per poter dare un corretto e dignitoso supporto sanitario a questi migranti.

Chiarisco che nella fatturazione che ogni mese inviamo al soggetto attuatore alleghiamo il riepilogo delle prestazioni. Le consegne delle terapie che facciamo ogni giorno vengono distribuite dal personale di Croce Rossa. Peraltro, Croce Rossa — sebbene il bando non lo prevedesse — fa anche la consegna a domicilio: dove ci sono persone in difficoltà o minori che non possono allontanarsi, il personale distribuisce i farmaci a casa. La distribuzione preferiamo farla noi, non solo perché molte volte queste persone non sono nelle condizioni di poter gestire il farmaco, ma perché oggettivamente è importante, nel momento in cui si consegna un farmaco, verificare se viene assunto bene o meno.

Abbiamo diverse visite ambulatoriali esterne, in media 250 ogni mese. In questo caso — pur non prevedendolo il bando — spesso vi è la presenza di un mediatore culturale; il bando non lo prevedeva, appunto, ma per noi era fondamentale sia per l'attività ambulatoriale all'interno della struttura, sia in alcuni casi anche per accompagnare il migrante in strutture ospedaliere, visto che non sempre a Catagirone c'era la possibilità di avere un mediatore culturale o comunque una persona che potesse effettivamente interloquire con il migrante.

È importante vedere, da questo grafico, come i ricoveri siano una cifra significativamente bassa: a fronte di oltre 2.000 visite ambulatoriali al mese, i ricoveri al mese sono 14, 15, 20. Quindi, il servizio sanitario al CARA è piuttosto efficiente. Riusciamo a fare un ottimo filtro.

Ringrazio la dottoressa Fabiano, il nostro direttore sanitario, che ha seguito sin dai primi passi l'ambulatorio e vi ha messo

scienza e coscienza. Essendo un dipendente pubblico, fa anche parte del progetto *Praesidium* che, come sapete benissimo, per conto del ministero svolge i monitoraggi nei centri di accoglienza. Dunque, tutto il *know-how* e l'esperienza della dottoressa Fabiano sono stati trasfusi all'interno del CARA di Mineo.

Un'esigenza fondamentale di cui ci eravamo resi conto era quella di dotare il migrante, con un *software* particolare, di una sorta di cartella clinica digitale. Uno dei problemi dello Stato italiano è che il migrante arriva al centro, viene curato, vengono fatti a volte anche esami strumentali piuttosto importanti, passa dal CARA di Mineo ad altre strutture e il più delle volte lo Stato italiano si trova a dover rifare le visite sanitarie. Ciò non solo comporta un esborso economico non indifferente, ma spesso, non avendo traccia delle eventuali patologie, come il diabete e quant'altro, questo ritardo delle risposte sanitarie può creare delle criticità.

Croce Rossa di Catania ha dato la possibilità all'assessorato regionale della Sicilia di fornire gratuitamente questo *software* per poter dotare tutti i centri della regione di questo strumento affinché, se il migrante passa da una struttura all'altra, non si debba ricominciare da zero a fare le terapie, ma attraverso un semplice *click* sia possibile avere tutti gli esami sanitari, gli esami clinici e tutte le somministrazioni effettuate.

Si tratta di un servizio piuttosto importante, che è stato elogiato — lo dico per correttezza — dall'OMS, dal Ministero della salute e dalla Commissione europea, che ne hanno lodato le caratteristiche e hanno visto in questa soluzione un miglioramento oggettivo e fondamentale per la salute dei migranti.

Per finire con le visite d'ingresso, che oscillano anche con cifre significative, il bando prevedeva che si procedesse a uno *screening* sanitario base, in cui si prendessero i parametri e quant'altro. Noi abbiamo il piacere di fare alcune attività propedeutiche, ad esempio la firma del consenso informato.

PRESIDENTE. Le chiedo di concludere.

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Va bene. Inoltre, dal punto di vista sanitario, avevano un ruolo importante i test TBC e HIV che svolgevamo; essendo malattie altamente diffuse e invasive, il fatto di poter avere sin dall'inizio un tracciato significativo delle stesse ci permetteva di isolarle (nel caso di TBC) o di monitorarle meglio.

Vorrei che di questo parlasse la dottoressa Fabiano, perché questo era ciò che Croce Rossa fundamentalmente faceva, cioè curava l'aspetto sanitario. Ho piacere che la Commissione sappia che effettivamente si trattava di questo.

L'impegno di Croce Rossa, che dal punto di vista economico vi ho riferito, si traduceva in servizi erogati sul territorio piuttosto particolari, che andavano al di là del bando e che hanno dato dei profili di eccellenza che sono stati riconosciuti anche dal ministero.

Se è possibile, vorrei che la dottoressa Fabiano integrasse.

PRESIDENTE. Va bene. Se la dottoressa conclude questa esposizione, abbiamo delle domande da porre.

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario della Regione Sicilia*. Solo per concludere quello che diceva il presidente, va detto che la linea conduttrice di quella che è stata l'attività sanitaria è stata una linea conduttrice che è partita dal singolo per arrivare alla collettività. La richiesta dello *screening* iniziale viene perseguita con particolare attenzione e vengono attenzionate malattie importanti per la persona, ma malattie potenzialmente importanti per la collettività.

L'attenzione al discorso tubercolare è altissima; l'attenzione alle malattie sessualmente trasmissibili è altissima. Per darvi qualche numero, più o meno nell'arco del mese abbiamo 7-8 casi di pazienti con patologia tubercolare. Preciso che al sospetto i soggetti vengono inviati presso strutture di malattie infettive; se la

diagnosi è confermata, sono trattenuti in quelle strutture fino a che non viene data una certificazione di possibilità di vivere in ambienti di convivialità. Quindi, si ha un'attenzione particolare.

Chiaramente i migranti sono dimessi con una terapia importante. Come diceva il presidente, la terapia è somministrata da noi, non per una scarsa considerazione del migrante, ma perché vogliamo essere sicuri che la terapia venga assunta in maniera regolare. Una terapia antitubercolare non assunta in maniera regolare è dannosa per l'individuo e per la società, perché, laddove si pensa che ci sia una tutela, quella tutela non c'è.

Lo stesso vale per tutti i casi di epatite e per i casi di positività HIV. Abbiamo in questo momento, per esempio — una situazione scoperta da noi — un caso di HIV in un bambino con trasmissione materna. Credo che ci siano solo due casi in Italia.

Questa è l'attenzione che abbiamo voluto porre.

PRESIDENTE. Grazie. Do la parola ai colleghi che intendono intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

VEGA COLONNESE. Intendo porre solo una domanda. Non ho capito se le visite specialistiche sono svolte fisicamente all'interno del CARA o se vi servite di ospedali esterni.

Inoltre, vi chiedo se abbiate rilevato dei miglioramenti o dei peggioramenti nel momento in cui è stata scorporata la gestione sanitaria. Nel 2011 Croce Rossa si occupava di gran parte dei servizi, mentre adesso si occupa solo della parte sanitaria. Avete rilevato un peggioramento o un miglioramento in questo senso?

EDOARDO PATRIARCA. Ho una serie di domande da porre.

Innanzitutto, siete soggetto pubblico o vi siete già trasformati in associazione di diritto privato? Mi interessa sapere, nel caso in cui questo sia già avvenuto, se ciò ha determinato modifiche nella relazione con il soggetto attuatore.

In secondo luogo, le chiedo come Croce Rossa agisce per quanto riguarda il rifornimento dei farmaci e come si convenziona con gli ospedali o con le ASL di riferimento: esistono relazioni stabilizzate oppure questo accade del tutto casualmente in base alle emergenze? Dico questo perché, nella giornata passata a Mineo, ci facevano notare che molte prestazioni ospedaliere nell'ultimo periodo erano orientate verso Catania piuttosto che verso Caltagirone. Vorrei sapere se queste relazioni sono legate alle urgenze, alle emergenze, oppure se sono invece strutturate anche per l'acquisto dei farmaci.

Guardavo la scansione delle risorse che Croce Rossa ha ricevuto dal 2011: passiamo da 150.000 euro al mese nel settembre-dicembre 2011 e poi, a scalare, le cifre diminuiscono. Facendo un conto molto veloce, Croce Rossa Catania riceve, tuttora, se ricordo bene (ho fatto i conti insieme al collega Beni), 1 milione 800 mila euro all'anno. Mi sbaglio?

Le chiedo, nell'ambito di questa cifra, come pesano le varie voci. Lei parlava di attività di volontariato. Questi soldi — adesso stiamo facendo i « conti della serva » — come vengono utilizzati in Croce Rossa? Oltre all'attività di volontariato, queste voci come vengono rendicontate e utilizzate?

Ancora — le parlo con franchezza, però sono sensazioni e non elementi che posso confermare, avendo visitato Mineo soltanto in un giorno — la sensazione che ho ricevuto visitando gli ambulatori è che fossero poco attrezzati. Essi, cioè, trasmettevano la percezione di un vuoto. Non sono un medico, quindi può darsi che stia dicendo anche cose non giuste, ma la sensazione è che fossero molto « leggeri »: il medico, una scrivania, un lettino, ma quanto ad attrezzatura — quella che si immagina ci possa essere in ambulatori, come ci veniva illustrato dalla dottoressa — queste strutture mi sono parse un po' vuote.

Le parlo non da esperto, però abbiamo avuto questa sensazione. Le chiedo se la strumentazione presente in questi ambu-

latori è adeguata alla sfida che in qualche modo Croce Rossa deve affrontare giornalmente.

Infine, qual è il rapporto tra le prestazioni esercitate rispetto al costo *pro capite/pro die*? C'è uno scarto tra prestazioni e quota ricevuta? Se ricordo bene, lei ha detto che attualmente ricevete 1,668 euro *pro capite/pro die* su 3.000 ospiti mensilmente sulle effettive presenze.

Vorrei chiederle se la differenza tra il *pro die/pro capite* che voi comunque ricevete in base alle presenze e le prestazioni che effettivamente vengono richieste dagli ospiti nel bilancio è coperta totalmente o Croce Rossa ha anche un utile che immagino poi reinvestirà in altri servizi.

GIUSEPPE BRESCIA. Vorrei fare prima una considerazione di carattere generale. Rispetto alla questione della necessità di un sistema informatico nazionale, da quello che ci dicono gli auditi di oggi e dopo la nostra missione ufficiale a Lampedusa, secondo me possiamo mettere un punto fisso, che poi possiamo prendere in considerazione nelle proposte finali che farà la Commissione.

A Lampedusa abbiamo sentito che la confraternita che ha in gestione l'appalto del centro di prima accoglienza fornisce una scheda che poi accompagna il migrante nel suo spostamento verso i centri d'accoglienza e che contiene informazioni — come abbiamo visto, è abbastanza basilare, nulla di approfondito — rispetto alla loro condizione sanitaria.

Inoltre, avete detto che da voi arrivano dei casi anche gravi, molto sensibili. Secondo il mio punto di vista, questa è già una cosa molto grave. Ci hanno detto, infatti, che nei centri di prima accoglienza non fanno partire le persone che non sono in uno stato impeccabile di salute, quindi il fatto che da voi arrivino casi di tubercolosi, secondo il mio punto di vista, è molto grave.

È importante che si imposti un sistema informatico nazionale che non deve riguardare soltanto la parte sanitaria, ma deve essere una cartella completa che accompagna il migrante da quando arriva

in Italia fino a quando esce dall'Italia. Questa è una mancanza che il Ministero dell'interno ha avuto durante la gestione in tutto questo periodo, una mancanza che, come voi ci confermate, è molto grave a nostro avviso.

Vorrei porvi una domanda. Voi avete avuto un punto di vista interno molto importante, avendo avuto la possibilità di vedere dall'interno come è funzionato il tutto durante questo periodo. In una struttura così complessa e problematica come quella di Mineo, che è il più grande centro d'Europa — ce ne sarà di tutti i colori, lì dentro — vi siete accorti, anche al di là del vostro operato, di qualcosa che non stava funzionando come doveva?

Se avete qualcosa da sottolineare, anche rispetto ad altri gestori, ve ne saremmo grati.

EDOARDO PATRIARCA. Mi perdoni, dottoressa, se riprendo per un attimo la parola. Riguardo allo *screening* iniziale, noi abbiamo ascoltato in altre audizioni — alcune sono anche secretate — qualche perplessità sull'efficacia concreta dello *screening* che si fa a Mineo. Ci hanno fatto notare che, in realtà, le cose non andavano proprio tanto bene.

Le chiedo se questa è una voce da prendere in considerazione oppure se lei mi conferma che quanto viene fatto a Mineo, come *screening* iniziale, è a norma ed efficace come lei ci ha raccontato in questa seduta.

GIOVANNI BURTONE. Mi richiamo alle cose che ha detto il collega Patriarca e sottolineo l'aspetto che riguarda il rapporto con le strutture sanitarie. L'ospedale di Caltagirone viene privilegiato per le malattie infettive, però per ginecologia credo che abbiate una convenzione con il Policlinico. Vorremmo capire perché accade questo, visto che Caltagirone ha una buona tradizione per le malattie infettive, ma anche per la ginecologia. Non si capisce perché, se si fa una scelta di territorio, non la si debba fare anche per la ginecologia.

Peraltro, si deve tener conto del fatto che a volte una patologia si può presentare

anche successivamente; per esempio, la tubercolosi può non manifestarsi all'arrivo, ma dopo un po' di tempo ci può essere l'evoluzione della malattia e, attraverso le analisi, evidenziarsi la presenza di uno stato patologico che deve essere giustamente affrontato.

Personalmente colgo nei dati che l'attività dell'ambulatorio è un'attività abbastanza impegnativa. Da quello che capisco, ci sono più di 1.500 accessi al mese. Durante la visita della delegazione non ho visitato l'ambulatorio perché sono andato via prima, ma anche io, condividendo le cose che diceva il collega Patriarca, vorrei capire qual è l'attrezzatura di base. È vero che vi appoggiate a strutture esterne, ma non c'è dubbio che alcune attrezzature fondamentali, vista anche la portata economica del rapporto, ci debbano essere anche negli ambulatori interni.

Infine, mi sembra di capire che voi avevate un rapporto esterno con l'ente attuatore e poi siete entrati nell'ATI in seguito a un problema di pagamenti. Avreste potuto anche continuare dall'esterno; all'inizio eravate l'ente gestore, avevate il rapporto col Ministero dell'interno e con la provincia, poi avete avuto un rapporto indipendente e successivamente siete entrati nell'ATI.

Mi chiedo se questo sia stato determinato da un problema di natura contabile o da una scelta più generale che avete fatto.

PRESIDENTE. Ovviamente tutti i migranti che sono nel centro di Mineo, in quanto migranti sul territorio italiano, sono anche iscritti al servizio sanitario nazionale? Questa è la prima domanda.

Vorrei poi chiedere alcuni chiarimenti. C'è stata una prima fase in cui erano corrisposti 3 euro a persona al giorno, quindi 150.000 euro al mese. Poi, se ho capito bene, a un certo punto c'è stata una fase di 3 euro al giorno *pro capite* con un minimo garantito di 90.000 euro, ma la cifra si aggiustava in base alle presenze, e un tetto massimo di 144.000 euro; in una

terza fase, si è passati a 1,70 euro *pro capite/pro die*, ma si è portato il minimo garantito su 2.000 presenze.

Dalla risposta del presidente Principato ho capito che è successo questo, ma ve ne chiedo conferma. Infine, c'è una fase successiva di 1,668 euro su 3.000 presenze. Quali sono i minimi garantiti? Ho avuto l'impressione che più o meno ci muovessimo sulle stesse grandezze.

Lei ci ha detto, dottoressa, che c'è il problema importante di garantire che la somministrazione della terapia sia efficace, e per certe terapie non c'è dubbio che sia così. Nel caso dell'AIDS, ad esempio, se non c'è la somministrazione tutti i giorni, la terapia non funziona, cioè rende inefficace l'effetto dei principi.

Qui leggo il calcolo riferito – suppongo – agli adulti sottoposti a terapia (DOT): da 5.751 a gennaio a 7.639 a dicembre, quindi una cifra consistente, con 200-250 arrivi (o a volte di più) all'ambulatorio per prendere la terapia. Certo, non tutte le terapie sono come quelle contro la tubercolosi o l'AIDS, ma comunque c'è una pressione su un ambulatorio di 250 persone, quindi ci sono file. Voi avete, ad esempio, uno strumento di recupero delle persone che si stufano di fare la fila e non vengono più a prendere la medicina?

Vi risulta che taluni soggetti non hanno preso le medicine, quindi andate a cercarli nelle case? Questa operazione quanto tempo vi porta via? Che percentuali ci sono di ricaduta? Questo è un punto importante.

Do la parola agli auditi per la replica.

ANTONELLA FABIANO, direttore sanitario CRI della Regione Sicilia. Spero di rispondere a tutte le domande di natura sanitaria.

Vorrei iniziare con il discorso della strumentazione. L'ambulatorio di Mineo è stato tarato come un ambulatorio di medicina generale, ma, nonostante sia stato tarato in questo modo – perché non vengono fatte assolutamente prestazioni di tipo chirurgico – esso ha tutto lo strumentario di emergenza, e le spiego come è distribuito.

L'ambulatorio si divide in due grossi settori: l'ambulatorio adulti e l'ambulatorio pediatrico. L'ambulatorio adulti ha nel suo interno due carrelli di emergenza e l'ambulatorio pediatrico ha un terzo carrello di emergenza. Sono in dotazione dell'ambulatorio anche le ambulanze e sono ambulanze di soccorso avanzato.

Quando parliamo di carrelli di emergenza parliamo di strumentario in senso lato: defibrillatori semiautomatici, palloni Ambu, pulsossimetri pediatrici e adulti, sfigmomanometri pediatrici e adulti, ogni forma di materiale utile per sutura. Abbiamo naturalmente una sterilizzatrice per il materiale in acciaio, ma abbiamo anche una dotazione di monouso perché potrebbe essere necessario. C'è tutto lo strumentario per le suture e per le medicazioni, e ci sono tutti i farmaci di emergenza che sono, lo ripeto, presenti nei carrelli di emergenza e nel borsone che può portare con sé il medico non solo in ambulanza. Naturalmente in ambulanza il borsone con i farmaci viaggia solo se c'è il medico.

GIOVANNI BURTONE. I farmaci li acquistate voi?

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Sì, i farmaci sono acquistati.

GIOVANNI BURTONE. (*fuori microfono*) Li acquistate tramite gara oppure scegliete un luogo, una farmacia...

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Quando Croce Rossa era solo ed esclusivamente ente pubblico, l'approvvigionamento avveniva attraverso la farmacia centrale di Croce Rossa. Attualmente avviene in parte attraverso la farmacia centrale e in parte attraverso farmacie del territorio.

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Poi c'è Codisan, un'industria

farmaceutica di Catania. Ci riforniamo dalla centrale e, in base alle esigenze, anche dalla Codisan.

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Direi che le attrezzature di emergenza ci sono. Non solo, tutto il personale presente in ambulatorio è formato all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico.

Inoltre, la Croce Rossa ha un percorso specifico che si chiama « Full D », dove la possibilità di prestazione riguarda l'età adulta e l'età pediatrica, con tutte le manovre di disostruzione. Abbiamo anche un albo aggiornato.

Direi che più di così, per l'emergenza, non so che altro possa essere utilizzato. Attenzione, non si tratta di un pronto soccorso, ma di un ambulatorio di medicina generale. Del resto, noi abbiamo fatto una notifica al sindaco di Mineo all'apertura dichiarando che c'era un ambulatorio di medicina generale con apposite attrezzature di emergenza.

Naturalmente, essendoci le ambulanze, ci sono i collari, le spinali, c'è tutto quello che può essere utilizzato.

GIOVANNI BURTONE. Come turni, i medici sono presenti...?

PRESIDENTE. Chiedo agli auditi di provare a rispondere a tutte le domande, perché dobbiamo chiudere l'audizione prima che riprendano i lavori dell'Assemblea, previsti alle 15.

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. I medici di base sono presenti H24. Noi abbiamo un'attività di tipo ambulatoriale, ma anche un'attività di emergenza-urgenza. Ciò significa che abbiamo un medico che è di turno dalle 8 alle 20 e un altro dalle 20 alle 8. In aggiunta, durante il giorno abbiamo un secondo medico di turno dalle 8 alle 13 e dalle 16 alle 20, il medico coordinatore e, a seconda dei giorni, gli specialisti. Inoltre, abbiamo i medici quando ci sono arrivi, perché un arrivo di

200 o 300 persone non può sottrarre il medico dall'ambulatorio, ma ha bisogno di medici dedicati.

Quanto all'iscrizione al Servizio sanitario nazionale, l'indicazione del servizio sanitario territoriale, ossia dell'ASP, è stato l'STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), tant'è vero che l'ASP ha mandato dei suoi medici prescrittori — ma solo di visite esterne, non di farmaci né di ricoveri e via dicendo — che ancora arrivano. Abbiamo chiesto l'iscrizione al servizio sanitario nazionale.

La popolazione — che l'anno scorso ha toccato una cifra abbastanza importante, di 4.600-4.700 — incide sul paese di Mineo, per cui noi abbiamo chiesto come fare a iscrivere gli ospiti al Servizio sanitario nazionale. L'ASP pertinente per territorio ha girato la domanda — abbiamo le lettere, quindi se volete possiamo produrre quanto richiesto — all'assessorato alla salute della regione Sicilia. L'ASP ha fatto un discorso molto semplice: 4000-4500 persone significa che tre devono essere stipendiati medici massimalisti. Attualmente l'alternativa potrebbe essere formare alcuni nostri medici e dotarci del ricettario del Servizio sanitario nazionale, ma siamo in attesa di risposta dall'assessorato e dall'ASP.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, noi offriamo un primo livello e un secondo livello, ossia visita di ingresso e visite specialistiche con gli specialisti che sono presenti nel centro. Per il terzo livello, che è strumentale e prevede anche esami di laboratorio e altre visite specialistiche, si fa capo al territorio.

Si andava meglio prima o dopo? Noi abbiamo sempre lavorato nello stesso modo, anzi vorrei dire che è stato un *work in progress* perché noi siamo passati da poco meno di 2.000 a 4.600-4.700 presenze, quindi c'è stata una crescita progressiva.

Peraltro, voi mi insegnate che delle linee guida sulla strutturazione di un ambulatorio in un centro migranti non esistono; mentre, nel caso volessi aprire un reparto di pediatria, saprei esattamente cosa e chi mettere, non è proprio lo stesso

in questo caso. Abbiamo sempre cercato di dare il massimo e ci sono riunioni continue per amplificare.

Sulla questione dello *screening* iniziale, oltre alla visita iniziale gli ospiti vengono sottoposti anche a due questionari specifici, relativi a TBC e malattie sessualmente trasmesse.

Rispetto alla domanda se può sfuggirci qualcosa, le do una sola risposta per tutte. Abbiamo avuto, una ventina di giorni fa, un caso di encefalite post-varicella. Questa donna, che è stata visitata dagli USMAF (Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera) prima dello sbarco, è stata visitata allo sbarco, è stata visitata da noi appena arrivata, presentava cefalea e un certo malessere. A quel punto, è stata attenzionata dai nostri medici, rivista il giorno dopo e, presentando un minimo di sintomatologia neurologica, è stata inviata all'ospedale di Caltagirone, dove è stata sottoposta a visita specialistica per malattie infettive, ed è rientrata al CARA, perché era una varicella in via di remissione.

I nostri medici — tra i quali abbiamo infettivologi molto preparati — non sono rimasti soddisfatti dell'indicazione e hanno chiesto un ricovero al reparto di malattie infettive a Catania per un sospetto di encefalite, che poi è stata dimostrata.

Questo è esempio per tutti per dire che si tratta di una situazione che è sfuggita a diversi livelli. Signori, stiamo parlando di encefalite, una cosa molto grossa.

Perché Caltagirone o Catania? Quello che cerchiamo è il meglio per gli ospiti. Questo significa che Caltagirone chiaramente è il nostro primo livello, dove viene espletata la maggior parte delle visite, però a volte abbiamo bisogno di un approfondimento universitario, quindi se ci appoggiamo a Catania è perché facciamo capo alla struttura universitaria, esattamente come avviene nel nostro percorso culturale, cioè si va per gradi.

LEONARDO TORRISI, *membro del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Relativamente alla parte contabile, una prima domanda chiedeva se oggi siamo soggetto pubblico o privato. In

realtà, la Croce Rossa Italiana oggi è in una fase di transizione, poiché i comitati provinciali e i comitati locali, per effetto del decreto legislativo n. 178, sono diventati delle APS (associazioni di promozione sociale) e successivamente iscritte nell'albo delle Onlus, mentre i comitati regionali e il comitato centrale sono rimasti ad oggi soggetti pubblici.

Il fatto di diventare soggetto privato, a partire dal 1° gennaio 2014, ha evidentemente stravolto i criteri di natura contabile e di formazione del bilancio di esercizio.

Il comitato di Catania mi ha chiesto di collaborare nella predisposizione del sistema contabile privato, quindi rispondo per ciò che è avvenuto dal 1° gennaio 2014, perché in tutto il periodo precedente c'era una contabilità pubblica, con i canoni della contabilità pubblica e con un bilancio redatto secondo le regole della contabilità pubblica.

Dal 1° gennaio 2014 abbiamo predisposto un programma che ci consentisse la registrazione dei fatti aziendali secondo le regole privatistiche, ossia un sistema di partita doppia che ci permettesse un bilancio finale (stato patrimoniale e conto economico). Questo è quello che è accaduto da quella data in poi.

Secondo le regole richiamate, abbiamo regolarmente fatturato le prestazioni al consorzio dei comuni. Nel bilancio, al 31 dicembre 2014 – sottolineo che il bilancio è stato approvato dall'assemblea dei soci nella seduta del 29 giugno, quindi ieri, nei termini previsti dalle regole di Croce Rossa – emergono importi fatturati per tutte le prestazioni 2014 per un ammontare complessivo di 2.380.511,69 euro. Tali importi sono stati calcolati, con il sistema del *pro capite/pro die* di cui parlavamo, a 1,70 euro fino al 30 settembre 2014 e a 1,668 euro a partire dal 1° ottobre 2014, sulla base delle presenze comunicate dalla gestione del CARA.

Ogni mese, il consorzio che gestisce il CARA ci fornisce il numero delle presenze mensili e, sulla base di quelle presenze, viene emessa una fattura in esenzione d'IVA, come prevede la legge.

PRESIDENTE. Mi scusi, a fronte di questo quali sono i costi sostenuti?

LEONARDO TORRISI, *membro del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Nella predisposizione del bilancio ho voluto estrapolare i costi che abbiamo ritenuto attribuibili alla gestionale del CARA, che ammontano per il 2014 a 879.417, 22 euro. Ciò ha determinato, all'interno del bilancio approvato, un avanzo complessivo di 1.470.858,46 euro. Tale avanzo, nel rispetto della norma relativa alle associazioni *no profit*, è evidentemente non distribuibile in nessuna forma ai soci e l'assemblea nella seduta di ieri ha deliberato che venisse destinato alla realizzazione di un progetto che riguardasse comunque l'ambito dei migranti, nella fattispecie la realizzazione di una casa di accoglienza per minori non accompagnati. Sulla base di una valutazione fatta dal comitato, infatti, è emerso che sul territorio strutture di questo genere sono inesistenti o comunque carenti.

PRESIDENTE. Prima di avviarci a concludere la nostra audizione, vi chiediamo di fornirci le carte ora citate e, nei tempi in cui sarà possibile, gli stessi documenti per gli anni precedenti, cioè dal 2011 ad oggi, laddove è verosimile che vi sia un avanzo positivo che, per quest'anno, è del 60-70 per cento.

LEONARDO TORRISI, *membro del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. Posso fornirvi immediatamente una copia del bilancio, la relazione esplicativa al bilancio e la relazione predisposta dal revisore contabile.

PRESIDENTE. Possiamo avere gli stessi documenti per il 2011, il 2012 e il 2013?

LEONARDO TORRISI, *membro del Comitato provinciale di Catania della Croce rossa italiana*. In questo momento non abbiamo i documenti relativi agli anni precedenti, però possiamo fornirveli.

PRESIDENTE. Vi era un'ultima domanda sui ritorni della somministrazione di farmaci.

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Per quanto riguarda farmaci estremamente importanti, sicuramente il migrante viene cercato se non ha assunto la terapia. Sicuramente non viene cercato per la terapia antibiotica, anche se è difficile che non la prenda.

Vorrei dirle che le scelte sono state fatte sempre in base alle tipologie culturali. Se si tratta di una cultura di utilizzo individuale del farmaco, è chiaro che come medico io sono tranquilla nell'affidare una certa terapia; se non vi è l'abitudine all'utilizzo del farmaco, alla continuità, attraverso il sistema mirato della distribuzione non faccio altro che portare avanti un discorso di educazione sanitaria.

PRESIDENTE. Probabilmente non è stata data risposta a una domanda.

GIUSEPPE BRESCIA. Forse non avete risposto per dimenticanza. Partendo dal dato oggettivo che il CARA di Mineo è stato commissariato, quindi qualcosa di irregolare c'è sicuramente, avendo vissuto dall'interno l'esperienza e sin dai primi tempi, vi siete accorti di qualcosa che non andava? Se sì, potete raccontarcelo?

ANTONELLA FABIANO, *direttore sanitario CRI della Regione Sicilia*. Onestamente no. I nostri rapporti con gli altri, per quanto riguarda il servizio alla persona, sono i rapporti del servizio psicologico e sociale e abbiamo sempre avuto una risposta.

Per quanto riguarda il discorso alimentare, il rapporto può essere relativo a diete particolari, e abbiamo avuto una risposta. Non le posso dire che dal nostro punto di vista tutto va bene, le posso solo dire che, per quanto riguarda le nostre richieste sanitarie, abbiamo avuto una risposta.

STEFANO PRINCIPATO, *presidente del Comitato provinciale di Catania della Croce*

rossa italiana. Presidente, devo rispondere all'onorevole Burtone che ci ha chiesto se la scelta di giungere all'ATI fosse voluta o meno. Noi, come già detto, avevamo sempre preferito il rapporto diretto con l'ente pubblico perché, svolgendo un'attività esclusivamente sanitaria, questo era il nostro intento. Con l'ordinanza n. 33 e col discorso unico del *pro capite/pro die*, siamo stati costretti a quella scelta, anche per sanare la parte economica che altrimenti non si sapeva chi doveva pagare.

Per quanto riguarda la ricostruzione, non abbiamo mai preso 150.000 euro, ma questa era la cifra proposta nel 2011 da Croce Rossa in base a uno studio, su un minimo garantito di 1.000, ma con il ribasso del 4 per cento si è arrivati a 144.000 euro. Comunque, tutto quello che ho detto è scritto.

Quanto al discorso dell'utile economico, noi siamo un'APS e sapete benissimo che il compito dell'APS, come quello della Croce Rossa, è di usare prevalentemente i volontari. Noi abbiamo concepito dei costi standard, perché, quando vado a fare un bando di gara, devo considerare appunto i costi standard. È vero che mi devo sobbarcare la possibilità di erogare un servizio, usando in modo prioritario i volontari, ma se poi mi succede, come nel nazionale, che ho difficoltà e non posso più onorare questi impegni, io ne rispondo. Come ho già detto, sono un volontario e, infatti, mi sono avvalso di tecnici perché nella vita faccio altro. Essere citato per un'inadempienza contrattuale a 37 anni non mi sembra il caso.

I costi, dunque, sono quelli standard; ovviamente in modo prioritario usiamo i volontari e lo abbiamo fatto, come sempre e come faceva Croce Rossa Italiana. In via del tutto eccezionale abbiamo assunto dei dipendenti che ci possono permettere di coprire eventuali *défaillances* dei volontari.

Dunque, quell'utile economico che io chiamo « utile sociale », deriva dalla capacità che Croce Rossa ha avuto di usare appieno i volontari. Come ha anticipato il dottor Torrisi, nell'assemblea di ieri abbiamo voluto destinare questo utile economico come utile sociale, individuando la

criticità dei minori non accompagnati, che conoscete benissimo e che almeno su Catania è piuttosto importante. Ciò testimonia che il frutto del lavoro dei volontari e dell'attività di Croce Rossa viene restituito al territorio come utile sociale, creando una struttura che di fatto non esiste, ma che è lì grazie all'opera indefessa e altamente professionale dei volontari che dal 2011 e tuttora lavorano a Mineo.

Vi faremo avere i bilanci del 2011, del 2012 e del 2013 dell'ente pubblico che sono stati vagliati dalla Corte dei conti, per quanto riguarda il Comitato provinciale.

Alla domanda da dove nasca l'utile economico, rispondo che nasce dai costi standard che abbiamo dovuto immaginare, dall'uso dell'APS di investire in modo preminente in volontari, così come faceva Croce Rossa ente pubblico. Tale utile è stato reinvestito, in un momento importante dell'assemblea di ieri, su un progetto ben preciso.

Anche se non si è detto, sapete tuttavia benissimo che di fatto ho sostenuto delle spese senza avere nessun introito, perché nel 2014 mi è stata pagata un'unica fattura per un acconto di 100.000 euro. La mia difficoltà economica si vede anche nel bilancio. Gli 800.000 euro che abbiamo speso in realtà dovevano essere di più: avevo intenzione di comprare delle ambulanze o delle divise, ma non l'ho potuto fare perché da buon padre di famiglia ho dovuto paradossalmente fare un'attività sul territorio più impegnativa per poter prendere degli utili per investire su questo.

Infine, si può fare un'emergenza sugli sbarchi, come Croce Rossa Catania, perché dagli utili che riesco ad avere su Catania, grazie a Mineo, al porto di Catania possiamo dare, ad esempio, la distribuzione dei farmaci sul molo. Vorrei sottolineare quello che sta facendo Croce Rossa Cata-

nia sul molo e tutti i servizi che stiamo dando gratuitamente alla prefettura e all'ASP competente — anche l'acquisto dei farmaci, per una somma pari a 6.000 euro sul comitato — è frutto di quell'utile sociale che siamo riusciti ad avere su Mineo e che abbiamo catapultato sul territorio.

Inizialmente ho detto che la nostra scelta era questa, poiché abbiamo capito che una società di Croce Rossa capace di dare risposte qualificate deve essere fatta con contributi economici che non vengono più dal nazionale ma dalle convenzioni, che devono coprire i costi standard.

La capacità di dare risposte qualificate, come ha detto la dottoressa Fabiano, viene reinvestita sul territorio con fatti concreti, che già oggi riguardano il molo con il servizio sanitario offerto e che spero domani potranno esserci, quando saranno pagate le fatture, in questa struttura che dovrà nascere ed essere gestita dalla Croce Rossa per dare una risposta qualificata sul territorio a un'esigenza che al momento si registra.

PRESIDENTE. Nel ringraziarvi, poiché la vostra audizione è stata molto utile, vi ricordo che siamo creditori dei bilanci del 2011, del 2012 e del 2013, per vedere costi e denari ricevuti, e anche le lettere della ASL sono per noi molto utili.

Ringrazio gli auditi e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,05.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. RENZO DICKMANN

*Licenziato per la stampa
l'11 settembre 2015.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

