



Ministero della Salute

Ufficio Legislativo.

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

14 GIU. 2016

ARRIVO

439

Camera dei Deputati

Prot. n.

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.

QUESITI PER IL MINISTRO DELLA SALUTE

ON.LE ELENA CARNEVALI

1) Il Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, nella sua audizione del 22 ottobre 2015 - di cui di seguito sono riportate in grassetto le parti relative -, avanza la proposta di un'esenzione dal ticket estesa ed uniforme in tutte le Regioni per un periodo superiore ai 6 mesi. Le ragioni - che condivido - sono riportate nella stessa trascrizione della audizione (al riguardo, rinvio al testo del resoconto stenografico pubblicato sul sito internet della Camera dei deputati). La disparità di criteri di accesso al sistema sanitario per coloro che non possono assicurare la compartecipazione ai costi e la condizione particolare delle regioni in piano di rientro rischia di essere un limite con ripercussioni sulla salute pubblica oltre che delle persone stesse. Quali sono le considerazioni in merito a tale proposta?

In merito alla "questione dell'esenzione ticket", mi preme ricordare che, pur in assenza di una specifica previsione normativa, il Ministero della salute ha sempre specificato che non essendo stata data a tali soggetti (ndr. 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 D.Lgs. 18/08/2015, n. 142, in attuazione della Direttiva europea 33/2013, i cittadini stranieri con permesso di soggiorno per richiesta di asilo, a decorrere dal 30 settembre u.s., non hanno la possibilità di lavorare solo per i primi sessanta giorni dalla richiesta di permesso. Alla luce di quanto sopra, l'equiparazione tra i richiedenti asilo e i disoccupati è stata rimodulata e limitata ai primi sessanta giorni dalla richiesta di asilo. A questo proposito, occorre ricordare, però, che l'art. 17 della stessa Direttiva 2013/33/UE, peraltro non recepita nel d.lgs. n. 142/2015, 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 nella presente direttiva, ai sensi del paragrafo 3, qualora i richiedenti dispongano di sufficienti risorse, ad esempio qualora siano stati occupati per un ragionevole lasso di tempo. Qualora emerga che un richiedente disponeva di mezzi sufficienti ad assicurarsi le condizioni materiali di accoglienza e l'assistenza sanitaria all'epoca in cui tali esigenze essenziali sono state soddisfatte, gli Stati membri possono chiedere al richiedente un rimborso". Dal tenore letterale della disposizione citata, sembra evincersi a contrario che gli Stati membri non possano imporre al richiedente asilo privo di sufficienti risorse un contributo (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 sessanta 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 riscontro. Si ricorda, infine, che alcune Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale e 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.

2) Una seconda questione concerne il riparto del Fondo Sanitario. I criteri di riparto tengono in considerazione il "peso" delle percentuali definite nell'accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 in ordine alla dislocazione in ciascuna Regione delle strutture di accoglienza dei richiedenti protezione internazionale? Se sì, con quale criterio?

Il riparto del Fondo Sanitario Nazionale, cui fa riferimento l'On.le Carnevali, è destinato a coprire le spese che il SSN 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'art.35, comma 3, del decreto legislativo 286/98 (quali le prestazioni ospedaliere d'urgenza o comunque essenziali, ancorché continuative, a carico del Ministero dell'Interno, prestazioni ambulatoriali d'urgenza o comunque essenziali, ancorché continuative, nonché le prestazioni a tutela della maternità e di medicina preventiva, specificamente individuate dal predetto comma 3, dell'art.35 del decreto legislativo 286/98, a carico del SSN, qualora indigenti). Dette prestazioni sono erogate in favore dei predetti cittadini stranieri irregolari 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.

Diversamente, l'onorevole Carnevali fa riferimento ai cittadini richiedenti protezione internazionale ovvero agli stranieri titolari di permesso di soggiorno per richiesta di asilo o agli stranieri titolari del permesso di soggiorno per asilo che HANNO TITOLO ALL'ISCRIZIONE OBBLIGATORIA, ai sensi dell'articolo 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

Nelle more dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, gli stessi hanno poi il diritto a fruire, delle prestazioni sopra indicate.

Gli attuali criteri di riparto del FSN (il cui stanziamento annuo pari a 30,990 milioni di euro è a fronte delle spese sostenute di cui al punto b) tengono conto di due parametri:

- i) per il 50% dell'importo sulla base della presenza degli intercettati forniti dal Ministero dell'Interno
- ii) per il 50% dell'importo sulla base dei ricoveri per gravidanza e puerperio delle donne straniere STP (vale a dire Straniero Temporaneamente Presente) da 11 a 55 anni.

Si evidenzia, in ogni caso, che, in applicazione dell'ultima Intesa sul riparto del FSN per gli extracomunitari anno 2014, nel mese di maggio u.s. è stato istituito un apposito tavolo tecnico interistituzionale (Ministero Salute, Ministero Economia e Finanze e rappresentanti regionali designati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e province autonome) per l'individuazione di possibili soluzioni alle problematiche sottostanti alla 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, di cui tuttavia non si dispone di una fonte istituzionale ufficiale per il
reperimento del dato.

In conclusione, quindi, i vigenti criteri di riparto del FSN non tengono conto delle percentuali definite nell'accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014, in ordine alla dislocazione in ciascuna Regione delle strutture di accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, dal momento che la ratio sottostante all'erogazione del FSN di cui all'art.35 del citato decreto legislativo 286/98 prevede la copertura degli oneri per i cittadini stranieri irregolari che non hanno diritto all'iscrizione obbligatoria come quelli richiedenti protezione internazionale.

- 3) Le chiedo inoltre una valutazione sulle ricadute sui comuni. Poiché a legislazione vigente i comuni sono tenuti a concedere la residenza a coloro che permangono nelle strutture di accoglienza per un certo periodo (3 mesi), è possibile che si venga a determinare in capo agli stessi una "responsabilità amministrativa di natura economica per competenze di natura sanitaria"?

I profili evidenziati: "responsabilità di natura economica per competenze di natura sanitaria" non possono essere ricondotte in alcuna misura ai Comuni, che com'è noto, non hanno competenza in materia sanitaria, tenuto conto che detti profili attengono alle Regioni che provvedono, mediante le ASL; per le questioni in esame, è appena il caso di ricordare che la competenza è del Ministero dell'interno che si fa carico dei relativi oneri

per l'intervallo di tempo che intercorre dall'ingresso degli stessi sul territorio nazionale fino alla presa in carico da parte del SSN.

- 4) Quali sono i tempi per l'introduzione della cartella elettronica? È possibile ipotizzare che in tutti i 4 hotspot attualmente funzionanti sia possibile implementare in tempi celeri la sua attivazione?

A tal riguardo mi preme segnalare che le sperimentazioni dei supporti informatici per la registrazione dei dati sanitari dei migranti sono in fase avanzata, e che, nel rispetto delle normative relative alla sicurezza dei dati personali e dei dati sensibili, sarà possibile a breve fornire allo stesso migrante un supporto (sotto forma di carta magnetica, o di altro "device" o dispositivo, come ad esempio braccialetto) contenente i dati relativi agli accertamenti sanitari effettuati e alle prestazioni ricevute, per evitare sia duplicazioni di interventi che mancanza di questi.

Sul punto, è mia premura comunicarVi che la sperimentazione è iniziata già da qualche mese presso il Centro Migranti di Mineo e siamo pronti per estenderla, nell'ambito del Progetto Europeo denominato "Common Approach for Refugees and other migrants' health" (CARE), nei centri di Lampedusa e Trapani-Milo. Qualora i risultati di tale sperimentazione daranno esito positivo, sarà mia cura estendere il sistema su tutto il territorio nazionale. In particolare, Vi segnalo che la fase di consegna della tessera elettronica ai Centri parte dal prossimo mese di agosto 2016 e si prevede l'utilizzo della stessa, in modo incrementale, dal mese di ottobre 2016.

- 6) L'accesso al SSN avviene di norma solo per le situazioni di emergenza attraverso il PS; in alcune Regioni, il percorso diagnostico per la TBC o per le vaccinazioni viene fatto a tutte le persone accolte in struttura. A chi sono in carico questi costi?

Relativamente a tale quesito, e sulla base di quanto detto in precedenza, preciso che, nelle more dell'iscrizione obbligatoria al SSN, gli oneri sono a carico del Ministero dell'Interno.

Per quanto concerne, invece, il percorso diagnostico per la TBC o per le vaccinazioni degli stranieri accolti in strutture, le stesse, nelle more dell'iscrizione obbligatoria al SSN, sono a carico del FSN.

- 7) Quanto alle iniziative per le persone con particolari "fragilità" (vedi donne che hanno subito stupri, persone con disabilità e patologie psichiatriche, ecc...) quali garanzie di presa in carico e di esenzione dei costi sono attualmente in campo?

La domanda in esame mi offre lo spunto per ricordare che le persone che hanno chiesto il permesso di soggiorno per asilo politico o protezione internazionale sono obbligatoriamente

iscritti al Ssn e, in quanto tali, godono dei medesimi benefici e delle medesime tutele (esenzione dal ticket) dei cittadini italiani in condizioni di fragilità.

A ciò aggiungo che in merito alla individuazione precoce delle categorie vulnerabili, quali le vittime di tortura, abusi o qualsiasi tipo di traumi, le Linee guida già citate sopra e in corso di emanazione, in accordo con l'art.17 del Decreto Legislativo 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 torture; 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 o a cure mediche e psicologiche appropriate. Infine, i centri di prima accoglienza prevedono servizi speciali per le persone vulnerabili, da assicurare in collaborazione con la ASL competente per territorio. Le summenzionate linee guida danno indicazioni su come operare il delicato passaggio di competenze tra l'accoglienza erogata dal sistema di assistenza per i rifugiati e il sistema generale dell'assistenza socio-sanitaria.



Ministero della Salute

Ufficio Legislativo

Camera dei Deputati

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.

Seguito audizione del Sig. Ministro della salute, On. Beatrice Lorenzin.

14 giugno 2016, ore 10.00

In vista del seguito dell'audizione della S.V., che si svolgerà in data odierna, si allegano le schede con i singoli quesiti che Le saranno sottoposti e la proposta di replica sotto indicata per ognuno, in particolare trattasi dei quesiti dell'On.le Carnevali, dell'On.le Lorefice, dell'On.le Rondini e dell'On.le Beni.

Come avrà modo di vedere, alcune questioni sono ricorrenti:

a) questione dell'esenzione del ticket per la popolazione migrante è sollevata dall'On.le Carnevali (quesito n. 1), dall'On.le Beni (quesito n. 3) e dall'On.le Lorefice (quesito n. 2);

b) esigenza di un supporto informatico per la registrazione dei dati sanitari è sollevata dall'On.le Carnevali (quesito n. 4) e dall'On. Beni (quesito n. 2).



Ministero della Salute

Ufficio Legislativo

Camera dei Deputati

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.

QUESITI PER IL MINISTRO DELLA SALUTE

ON.LE MARIALUCIA LOREFICE

1) Sul tema dell'accertamento dell'età: le prassi in Italia sono altamente difformi. In generale però sappiamo che nonostante i riferimenti della comunità scientifica nazionale ed internazionale l'accertamento dell'età non è disposto come *extrema ratio*, né l'esame radiologico che al contrario è nei fatti l'unico strumento utilizzato, nonostante l'ampio margine di errore, l'assenza di consenso informato, etc.

A marzo 2016 è stato approvato dalla conferenza delle Regioni il "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori stranieri non accompagnati" (in collaborazione con il Min. della salute). Qual è lo stato di attuazione? Quali interventi di verifica sono stati predisposti per porre fine ad odiose prassi?

Sul tema dell'accertamento dell'età e dell'attuale situazione, ricordo un importante documento, quale il "Protocollo per l'identificazione e per

l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori stranieri non accompagnati". Si prevede, infatti, una procedura multidisciplinare che, avvalendosi di personale specializzato, consente, 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 e 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.

2) La normativa vigente ha assimilato il richiedente protezione internazionale al disoccupato (art. 19 D.Lgs 150/2015), superando la distinzione tra inoccupati e disoccupati. La prima conseguenza di ciò è che l'esenzione per i richiedenti alla compartecipazione alla spesa sanitaria è garantita per tutto il tempo in cui i requisiti necessari restano tali e non più entro il termine di sei mesi. Questo anche in applicazione di quanto disposto dall'art. 17, par.4 della direttiva 2013/33/UE.

Si registrano moltissime prassi difformi in Italia e moltissime asl sembrano non aver recepito tali novità con un danno per tutti i richiedenti aventi diritto che non ne sono a conoscenza, con un ovvio danno alla loro salute e un rischio per la società tutta.

Il Ministro è a conoscenza di questo e quali interventi pensa di attuare?

Sul punto mi preme ricordare che, pur in assenza di una specifica previsione normativa, il Ministero della salute ha sempre specificato che non essendo stata data a tali soggetti (ndr. 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 D.Lgs. 18/08/2015, n. 142, in attuazione della Direttiva europea 33/2013, i cittadini stranieri con permesso di soggiorno per richiesta di asilo, a decorrere dal 30 settembre u.s., non hanno la possibilità di lavorare solo per i primi sessanta giorni dalla richiesta di permesso. Alla luce di quanto sopra, l'equiparazione tra i richiedenti asilo e i disoccupati è stata rimodulata e limitata ai primi sessanta giorni dalla richiesta di asilo. A

questo proposito, occorre ricordare, però, che l'art. 17 della stessa Direttiva 2013/33/UE, peraltro non recepita nel d.lgs. n. 142/2015, 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 nella presente direttiva, ai sensi del paragrafo 3, qualora i richiedenti dispongano di sufficienti risorse, ad esempio qualora siano stati occupati per un ragionevole lasso di tempo. Qualora emerga che un richiedente disponeva di mezzi sufficienti ad assicurarsi le condizioni materiali di accoglienza e l'assistenza sanitaria all'epoca in cui tali esigenze essenziali sono state soddisfatte, gli Stati membri possono chiedere al richiedente un rimborso". Dal tenore letterale della disposizione citata, sembra evincersi a contrario che gli Stati membri non possano imporre al richiedente asilo privo di sufficienti risorse un contributo (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 sessanta 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 riscontro. Si ricorda, infine, che alcune Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale e 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.

3) Durante i lavori di questa Commissione sono state accertate in più casi delle condizioni inaccettabili di accoglienza (molto frequenti nei Cas ma non solo, si pensi ai Cie, ed ora agli hotspot). Recentemente un caso molto allarmante è stato quello dei minori stranieri non accompagnati trattenuti per circa due mesi nell'hotspot di Pozzallo (molti dei quali davvero giovani con età presunta tra gli 11 e i 13 anni), senza la possibilità di lasciare il centro, in situazione di promiscuità con adulti. Tralasciando le questioni giuridiche, seppur importantissime, che hanno causato una doppia violazione perché negli hotspot i trattenimenti sono illegittimi e questo vale, ovviamente, ancor di più per categorie vulnerabili quali i minori che dovrebbero essere immediatamente inseriti dal tribunale per minori in comunità protette con l'assegnazione di un tutore, vorremmo un suo parere in merito e capire che

tipo di intervento il ministero ha intenzione di attuare date le inevitabili conseguenze sulla salute, specialmente sulla salute psicologica dei minori.

La questione è alla nostra attenzione, attesa la delicatezza e l'impatto di natura sanitaria della stessa; ho, pertanto, provveduto a chiedere, in proposito, informazioni al competente Ministero dell'Interno e mi riservo di farle pervenire all'On. Loreface non appena le stesse mi perverranno.

- 4) Sull'esempio del caso della provincia di Avellino, riguardo i centri straordinari posti sotto sequestro per gravi condizioni igienico sanitarie, vorremmo chiederle quali misure ha preso o intende prendere il Ministero per risolvere le questioni legate alla valutazione positiva da parte delle Asl ai centri (soprattutto cas) che si sono rivelati del tutto difformi dai criteri sanitari adeguati e richiesti.

Per tale 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 ed i regolamenti locali relativi ad igiene ed abitabilità.

Sono vigenti normative nazionali e regionali in materie di autorizzazione all'esercizio di strutture dove si svolgono prestazioni sanitarie, anche di bassa complessità, e che devono essere rispettate in ogni contesto esse siano ubicate (D.P.R. 14 gennaio 1997 concernente "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed 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 dell'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 ordine a quanto verificatosi nella provincia di Avellino, ho chiesto informazioni al Ministero dell'Interno che 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 per le

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 - e in particolare nelle strutture temporanee - il predetto Dicastero ha rappresentato quanto segue:

- è attualmente operativo un sistema permanente di monitoraggio e controllo sulla gestione dei centri di accoglienza temporanea 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 delle Organizzazioni internazionali UNHCR e OIM;
- per prassi, i suddetti Organismi interni di controllo istituiti dalle Prefetture sono composti, oltre che da personale prefettizio e 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 dell'ASL, 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 "multi-settoriale";
- attraverso apposite intese tra la Prefettura e l'ASL, in alcune province - tra le quali Avellino - si è ormai consolidato un rapporto di proficua collaborazione inter-istituzionale con le competenti Autorità sanitarie, 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 la individuazione ed 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.



Ministero della Salute

Ufficio Legislativo

Camera dei Deputati

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.

QUESITI PER IL MINISTRO DELLA SALUTE

ON.LE RONDINI MARCO

- 1) Si invita la rappresentante del Dicastero a chiarire l'evidente differenza tra il dato riportato a pag. 22 della sua relazione in ordine ai migranti irregolari arrivati in Italia nel 2014/2015 e quello concernente il numero complessivo delle persone sbarcate, comunicato dal Ministro dell'Interno. La differenza, anche per il solo 2014, è significativa: 140.000 mila persone a fronte di 170.100 registrati dal Ministero dell'interno.

Ringrazio l'On.le Rondini che ha sollecitato sul punto un chiarimento da parte mia. Ciò, infatti, mi consente di precisare che la discrepanza evidenziata è legata al fatto che i dati che ho fornito fanno riferimento ai migranti irregolari giunti direttamente all'osservazione degli Uffici di Sanità Marittima Aerea e di frontiera (USMAF), al momento del loro primo ingresso sul territorio nazionale, che può avvenire o a seguito di sbarchi

autonomi o a seguito di interventi di recupero in mare da parte delle unità navali partecipanti alle operazioni di ricerca e soccorso (SAR - Search and Rescue) di Operazione Mare Nostrum, Triton, Frontex e delle navi mercantili intervenute a soccorso di barconi in difficoltà.

I dati del Ministero dell'Interno sono, invece, complessivi, poiché riferiti alla totalità degli arrivi. Ed, infatti, occorre considerare che gli USMAF, nonostante siano presenti con proprie sedi operative nei principali porti ed aeroporti, non sono presenti in tutti i possibili punti di ingresso, a maggior ragione se questi sono legati a flussi irregolari. Preciso, tuttavia, che anche in questo ultimo caso, i soggetti migranti vengono sottoposti a controlli sanitari da parte del personale medico operante sulle navi nonché dai servizi sanitari territoriali del Servizio Sanitario Regionale.

- 2) Sempre con riferimento al dato indicato a pagina 22, si chiede di conoscere il numero dei ricoveri in strutture ospedaliere per il 2014-2015, e quanti sono stati presi in carico dal Servizi sanitario nazionale dal 2014 ad oggi.

I dati relativi alle ospedalizzazioni e presa in carico da parte del servizio sanitario sono al momento nella esclusiva disponibilità delle Regioni. Tuttavia, vi comunico che è ormai prossima la concretizzazione di un progetto che consentirà la tracciabilità degli interventi sanitari, a cui vengono sottoposti i migranti, e il ritorno delle informazioni al Ministero della salute relativamente ai ricoveri.



Ministero della Salute

Ufficio Legislativo

Camera dei Deputati

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.

QUESITI PER IL MINISTRO DELLA SALUTE

ON.LE PAOLO BENI

Vorrei segnalare alcune problematiche chiedendo in merito l'opinione del Ministro e come pensa si possano risolvere:

1) Il problema dei tempi per l'iscrizione al SSN. In alcuni centri ci hanno riferito che servono anche 9 mesi di attesa, altri ci hanno detto che grazie a un rapporto diretto con le aziende sanitarie garantiscono l'iscrizione in tempi brevi.

Effettivamente il problema sussiste ed è connesso alla necessità che l'iscrizione al SSN richiede la preventiva attribuzione del codice fiscale, per il quale è competente, in ultima istanza, l'Agenzia delle Entrate. Alcuni territori trovano soluzioni grazie a modalità di raccordo e coordinamento dei vari attori coinvolti (l'ASL, il Comune ospitante il richiedente asilo, la Prefettura, l'Agenzia delle Entrate) che giustificano tempi di iscrizione più rapidi. Il Ministero della Salute sta contribuendo, nelle sedi tecniche all'uopo istituite - che vedono la

partecipazione del Ministero degli Interni e dell'Agazia delle Entrate - alla definizione di procedure operative che diano un quadro uniforme e tempi ragionevoli su tutto il territorio nazionale. In ogni caso, nelle situazioni di urgenza, il richiedente asilo viene assistito nelle strutture sanitarie, attraverso l'attribuzione di un codice STP (straniero temporaneamente presente). Rassicuro che sono in ogni caso previsti percorsi privilegiati per i soggetti vulnerabili.

2) In alcune situazioni ci è stato riferito che viene utilizzato il codice STP per stranieri temporaneamente presenti ma in realtà non dovrebbe essere quello l'inquadramento.

Quanto alla questione più volte posta relativa alla strumentazione informatica di identificazione, ricordo che le sperimentazioni dei supporti informatici per la registrazione dei dati sanitari dei migranti sono in fase avanzata, e che, nel rispetto delle normative relative alla sicurezza dei dati personali e dei dati sensibili, sarà possibile a breve fornire allo stesso migrante un supporto (sotto forma di carta magnetica, o di altro "device" o dispositivo, come ad esempio braccialetto) contenente i dati relativi agli accertamenti sanitari effettuati e alle prestazioni ricevute, per evitare sia duplicazioni di interventi che mancanza di questi.

Sul punto, è mia premura comunicarVi che la sperimentazione è iniziata già da qualche mese presso il Centro Migranti di Mineo e siamo pronti per estenderla, nell'ambito del Progetto Europeo denominato "Common Approach for Refugees and other migrants' health" (CARE), nei centri di Lampedusa e Trapani-Milo. Qualora i risultati di tale sperimentazione daranno esito positivo, sarà mia cura estendere il sistema su tutto il territorio nazionale. In particolare, Vi segnalo che la fase di consegna della tessera elettronica ai Centri parte dal prossimo mese di agosto 2016 e si prevede l'utilizzo della stessa, in modo incrementale, dal mese di ottobre 2016.

3) La questione dell'esenzione dal ticket. Alcune Regioni la prevedono per due mesi, altre per sei. Per la direttiva UE il richiedente asilo deve concorrere alle spese solo se ha un reddito. In realtà dopo due mesi i richiedenti asilo possono lavorare ma sono pochi quelli che hanno un reddito sufficiente. Non si potrebbe allora, per evitare difformità di trattamento, prevedere per tutti un codice di esenzione unico a livello nazionale e valido fino all'esito della commissione?

In merito alla "questione dell'esenzione ticket", mi preme ricordare che, pur in assenza di una specifica previsione normativa, il Ministero della salute ha sempre specificato che non essendo stata data a tali soggetti (ndr. 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 D.Lgs. 18/08/2015, n. 142, in attuazione della Direttiva europea 33/2013, i cittadini stranieri con permesso di soggiorno per richiesta di asilo, a decorrere dal 30 settembre u.s., non hanno la possibilità di lavorare solo

per i primi sessanta giorni dalla richiesta di permesso. Alla luce di quanto sopra, l'equiparazione tra i richiedenti asilo e i disoccupati è stata rimodulata e limitata ai primi sessanta giorni dalla richiesta di asilo. A questo proposito, occorre ricordare, però, che l'art. 17 della stessa Direttiva 2013/33/UE, peraltro non recepita nel d.lgs. n. 142/2015, 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 nella presente direttiva, ai sensi del paragrafo 3, qualora i richiedenti dispongano di sufficienti risorse, ad esempio qualora siano stati occupati per un ragionevole lasso di tempo. Qualora emerga che un richiedente disponeva di mezzi sufficienti ad assicurarsi le condizioni materiali di accoglienza e l'assistenza sanitaria all'epoca in cui tali esigenze essenziali sono state soddisfatte, gli Stati membri possono chiedere al richiedente un rimborso". Dal tenore letterale della disposizione citata, sembra evincersi a contrario che gli Stati membri non possano imporre al richiedente asilo privo di sufficienti risorse un contributo (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 sessanta 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 riscontro. Si ricorda, infine, che alcune Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale e 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.

4) Come il Ministero della salute pensa di affrontare il problema delle condizioni sanitarie dei transitanti presenti al di fuori del sistema di accoglienza, spesso in strutture informali non autorizzate, sia per tutelare la loro salute che per prevenire eventuali rischi per i residenti.

La questione sollevata non può prescindere dalla considerazione che la competenza attiene alle strutture dei Servizi Sanitari Regionali; in ogni caso le strutture temporanee ed "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 Ministero dell'Interno, sulla base di una richiesta della Direzione Generale, ha in proposito emanato la circolare prot. 3159 del 12 marzo 2014, con la quale si dettano disposizioni alle Prefetture per la segnalazione al Ministero della Salute ed 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.

5) Infine, vale la pena segnalare che una delle carenze maggiori dei presidi sanitari nei centri di accoglienza (che pure ci sono dappertutto) è quella relativa all'insufficiente disponibilità di personale specializzato per l'assistenza psicologica, visto la frequenza di situazioni patologiche da questo punto di vista fra i migranti a causa dei traumi subiti. È realistico prevedere che la giusta scelta della distribuzione dei migranti per piccoli gruppi potrebbe sottoporre a una più forte pressione i servizi di salute mentale del territorio.

Le conseguenze sulla salute psichica derivanti da eventi traumatici che colpiscono i migranti sono rilevanti e, al pari delle condizioni fisiche, richiedono una risposta specifica e tempestiva assicurando un'assistenza sanitaria adeguata a tali necessità. Poter realizzare ciò richiede una riorganizzazione dei servizi sanitari del territorio e la messa in atto di strumenti operativi quali procedure, attività formative e la disponibilità di personale competente nell'ambito specifico. Al fine di fornire uno strumento d'indirizzo utile a garantire interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio nazionale, come disposto anche dal d.lgs 21 febbraio 2014, n.18, il Ministero della Salute ha predisposto, avvalendosi di un tavolo tecnico, un documento di linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario, da realizzarsi nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente; il documento citato è al momento e in fase di redazione definitiva del testo ai fini della sua emanazione.