

X LEGISLATURA

III COMMISSIONE PERMANENTE

(Tutela della salute, servizi sociali, alimentazione, immigrazione, corregionali all'estero, previdenza complementare e integrativa)

Verbale n. **150**
Seduta del 17 gennaio 2012

		Presenti	Assenti
Giorgio VENIER ROMANO	Presidente	Sì	
Massimo BLASONI	Vicepresidente	Sì	
Sergio LUPIERI	Vicepresidente	Sì	
Franco DAL MAS	Segretario	Sì	
Enio AGNOLA		Sì	
Stefano ALUNNI BARBAROSSA			Sì
Roberto ASQUINI			Sì
Edouard BALLAMAN			Sì
Paolo CIANI		Sì	
Franco CODEGA		Sì	
Ugo De MATTIA		Sì	
Luigi FERONE		Sì	
Bruno MARINI		Sì	
Paolo MENIS		Sì	
Annamaria MENOSSO		Sì	
Roberto NOVELLI		Sì	
Antonio PEDICINI			Sì
Stefano PUSTETTO		Sì	
Federico RAZZINI		-	-
Alessia ROSOLEN			Sì
Gaetano VALENTI		Sì	
Bruno ZVECH		Sì	
Ugo DE MATTIA in sostituzione di RAZZINI			
	TOTALE	17	5

Il giorno 17 gennaio 2012, alle ore 14.00, nell'Aula del Consiglio regionale, si riunisce la III Commissione permanente, con il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione di verbale di seduta precedente.

2. Audizioni in merito alla proposta di legge n. 154 "Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (pet therapy)" (d'iniziativa del consigliere Colautti e altri), con i seguenti soggetti:

- **Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri – Federazione regionale**
- **Ordini provinciali dei veterinari**
- **Associazione nazionale medici veterinari italiani (ANMVI) FVG**
- **Ordine degli psicologi**
- **Coordinamento regionale delle professioni sanitarie FVG**
- **Responsabili Servizi veterinari delle Aziende per i servizi sanitari**
- **Consulta regionale delle associazioni dei disabili**
- **Delegato regionale FISE per la riabilitazione equestre**
- **Francesca Ballali, Referente SIUA (Scuola internazionale uomo-animale) Pet therapy per il FVG**
- **Ente nazionale protezione animali (ENPA)**
- **Lega antivivisezione (LAV)**
- **Cinofiliamo (educazione gentile)**
- **Circolo ippico Preval**
- **Centro equestre Il Cavallino**
- **Le Traversine**
- **Azienda Agricola Vasulmus.**

Ore 16.00

3. Audizioni in merito alla proposta di legge n. 156 "Norme in materia di gestione degli accessi non critici al pronto soccorso" (d'iniziativa del consigliere Blasoni e altri) con i seguenti soggetti:

- **Direttori generali Aziende per i servizi sanitari**
- **Direttori generali Aziende ospedaliere**
- **Direttore generale IRCCS "Burlo Garofolo"**
- **Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri – Federazione regionale**
- **Coordinamento reg.le Collegi IPASVI**
- **Coordinamento reg.le NUR-SIND**
- **SIMEU (Società italiana medicina d'emergenza-urgenza)**
- **Consulta regionale delle associazioni dei disabili**
- **Segreterie regionali CGIL, CISL, UIL, UGL, CISAL, CONFAL, FSI/USAE, CAPLA**
- **Tribunale per i diritti del malato-Segreteria regionale.**

Presiede il Presidente Venier Romano

Alle ore 14.20 il PRESIDENTE, constatata la presenza del numero legale, dichiara aperta la seduta.

Non essendoci verbali in approvazione, viene esaminato il **punto 2 dell'ordine del giorno**.

Sono presenti i soggetti di cui in allegato (allegato 1).

Il PRESIDENTE cede la parola agli invitati.

Corrado ABATANGELO (Responsabile SC Sanità pubblica veterinaria Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", componente del Comitato per la stesura della Linee guida nazionali per la pet therapy e Referente per il Friuli Venezia Giulia per le terapie assistite con gli animali), dichiara di intervenire anche a nome del dott. Palei, direttore del Servizio di sanità pubblica veterinaria della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, impossibilitato a essere presente per impegni fuori regione. Riferisce che sono in corso di predisposizione le Linee guida nazionali sulla pet therapy, già presentate in bozza a inizio dello scorso novembre, ma poi "congelate" a seguito delle dimissioni del Governo. Auspica che la nuova legge regionale possa collocarsi nel solco di quanto si sta delineando a livello statale e annuncia la presentazione a breve di una serie di osservazioni alla proposta di legge di cui anticipa i principali contenuti. Riguardo alla composizione della Commissione regionale per la pet therapy, fa presente l'esigenza di sostituire la figura del veterinario esperto in comportamento animale con la figura del medico veterinario comportamentalista (già codificata); sottolinea la necessità di prevedere la presenza di un medico veterinario di sanità pubblica, con esperienza in protocolli sanitari degli animali utilizzati nei progetti di pet therapy, di uno psicologo animale (psicobiologo) al posto dell'etologo e di un educatore cinofilo in luogo dell'addestratore. In merito poi ai luoghi di possibile applicazione delle attività di pet therapy, evidenzia l'esigenza di citare anche le strutture delle aziende per i servizi sanitari.

Fulvia Ada ROSSI (Presidente dell'Ordine dei medici veterinari di Trieste) rimanda alla memoria di cui in allegato (allegato 2). Sottolinea la necessità di evitare doppioni nella composizione della Commissione regionale per la pet therapy e rimarca l'opportunità che tutti gli animali impiegati siano adeguatamente educati o quantomeno testati per l'attività richiesta.

Gianfranco URSO (Coordinatore regionale ENPA), Paolo FUSARI (Presidente Ordine psicologi FVG), Giorgio SIROTTI (Coordinamento regionale delle professioni sanitarie FVG) e Paola COCCOLO (Associazione Cinofiliamo) illustrano le memorie di cui in allegato (allegati 3, 4, 5 e 6).

Francesca PEDRIGI (LAV nazionale) dichiara di concordare con quanto detto dal dott. Urso sulla necessità di non coinvolgere animali selvatici o esotici nelle attività in argomento. Afferma che la LAV condivide e fa propri i principi di Carta Modena 2002. Sottolinea l'importanza di tutelare il benessere degli animali ponendo in particolare il problema del corretto trattamento dei cavalli impiegati nella pet therapy. Auspica che nella Commissione regionale per la pet therapy sia garantita la presenza "animalista".

Francesca BALLALI (Referente SIUA Pet therapy per il FVG) pone il problema della formazione degli operatori. Sottolinea la necessità di linee guida che diano indicazioni sui comportamenti e sulle figure da coinvolgere. Giudica limitante il riferimento alle sole patologie neuromotorie, cognitive o psichiatriche per gli interventi di TAA, che esclude altri importanti settori di applicazione, come quello oncologico. Si dice d'accordo a una composizione più snella della Commissione regionale. Fa presente la necessità di fare chiarezza riguardo alle fattorie socio-terapeutiche e didattiche citate all'articolo 3. Invita a prestare la dovuta attenzione al benessere dell'animale.

Dino SEVERINI (Centro equestre Il Cavallino) afferma l'esigenza di creare le condizioni per valutare adeguatamente nell'ambito della Commissione regionale tutti gli animali che possono essere coinvolti nelle attività. Annuncia la presentazione di una memoria. Invita la rappresentante della LAV a verificare di persona come un cavallo viene condotto nell'attività equestre integrata.

Walter GERBINO (Presidente della Facoltà di Psicologia dell'Università degli studi di Trieste) e Ersilio STOCCO (Azienda Agricola Vasulmus) illustrano le memorie di cui in allegato (allegati 7 e 8).

Ornella DELNERI (Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale) riferisce che nell'ambito dell'Azienda n. 6 è attivo un coordinamento tra Servizio sanitario e Coordinamento sociosanitario, che si occupa delle attività e terapie assistite con gli animali svolte nell'ambito della provincia di Pordenone. Plaude all'iniziativa di regolamentare questo tipo di attività. Giudica peraltro la Commissione per la pet therapy non adeguatamente composta, vista l'assenza delle aziende sanitarie, delle componenti mediche, dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie. Ritiene che i compiti di controllo previsti in capo alla Commissione siano di difficile applicazione. Rimarca l'esigenza di tenere conto delle esperienze già attivate a livello territoriale.

Claudia MARCOLONGO (Ordine dei medici veterinari di Pordenone) sottolinea l'importanza della Commissione regionale per l'attuazione della legge e giudica decisiva la formazione degli operatori e degli animali coinvolti.

Corrado ABATANGELO rimarca l'importanza dell'apporto delle figure mediche per la prescrizione degli interventi di pet therapy.

A questo punto il PRESIDENTE cede la parola ai consiglieri per eventuali domande.

Interviene il consigliere COLAUTTI che ringrazia i presenti per i contributi offerti. Osserva che la proposta di legge può essere sicuramente integrata ma fa presente l'esigenza di non riempirla di troppi contenuti, che poi a livello attuativo potrebbero risultare difficili da gestire. Sottolinea che il settore necessita comunque di regole e si dice disponibile a una composizione più snella della Commissione.

L'audizione ha quindi termine. Il PRESIDENTE ringrazia e congeda i convenuti. I lavori sono sospesi. Sono le ore 15.45.

I lavori riprendono alle ore 16 con l'esame del **punto 3 dell'ordine del giorno**.

Sono presenti i soggetti di cui in allegato (allegato 9). Partecipa ai lavori il direttore centrale della Direzione salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali Gianni Cortiula.

È a disposizione della Commissione la memoria di cui in allegato (allegato 10), trasmessa da UGL Sanità.

Il PRESIDENTE cede la parola agli invitati.

Orietta OLIVO (CGIL), Egidio BARBI (Direttore SOC Pronto soccorso IRCCS "Burlo Garofolo"), Luciano STRIZZOLO (Presidente SIMEU FVG) illustrano le memorie di cui in allegato (allegati 11, 12 e 13).

Giuseppe GIAGNORIO (UIL FPL Medici) afferma che la media regionale dei codici bianchi è di circa il 32% (e non del 50% come riportato nella relazione alla pdl), inoltre i tempi di attesa non superano i 66 minuti. Spiega che la causa dei codici bianchi risiede nell'impossibilità per i pazienti di avere accesso al medico al di fuori dell'orario di ambulatorio. Per questa ragione sarebbe opportuno favorire la medicina in associazione. Sottolinea inoltre che la corretta diagnosi e trattazione dei casi gestiti dai pronto soccorso richiede competenze specifiche per cui l'unica soluzione al problema dei codici bianchi, ammesso che sia veramente tale, è la gestione con gli attuali professionisti. Afferma che sarebbe stato opportuno un confronto con i direttori dei pronto soccorso prima della presentazione della proposta di legge.

Fernando DELLA RICCA (UIL) rammenta un documento presentato dalla UIL il 25 febbraio 2010 all'Assessore alla salute e per conoscenza a tutte le parti politiche da cui emergeva la validità del pronto soccorso del Friuli Venezia Giulia. Sottolinea che a quel documento non c'è stato mai riscontro. Afferma che prima di predisporre la proposta di legge sarebbe stato opportuno consultare i direttori dei pronto soccorso. Esprime l'impressione che la proposta di legge sia un ulteriore tentativo di privatizzare parti della sanità regionale e intravede il rischio che così facendo si impoverisca ancor di più il territorio a vantaggio degli ospedali.

Andrea PLAZZOTTA (Cittadinazattiva-Tribunale per i diritti del malato) afferma che il problema affrontato dalla proposta di legge esiste in alcuni pronto soccorso e in certi orari. Sottolinea che c'è un'esigenza di trasparenza nei riguardi del cittadino sulla classificazione degli accessi. Riguardo ai contenuti della pdl, chiede come verrà individuato il luogo di collocazione degli ambulatori per i codici bianchi nei territori non coperti da aziende ospedaliere.

Pierangelo MOTTA (CISL FP) afferma che la risposta indicata dalla pdl al problema dei pronto soccorso difficilmente potrà essere risolutiva e forse servirà soltanto a spostare i problemi. Osserva che la vera soluzione probabilmente va cercata in una maggiore sinergia tra ospedale e territorio. Dichiara poi di avere delle perplessità sui tempi di apertura degli ambulatori per i codici bianchi.

Piero CAPPELLETTI (Presidente Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri) sottolinea che i codici bianchi sono un fenomeno complesso, multifattoriale per il quale riesce difficile individuare una risposta univoca. Osserva che se si danno risposte inseguendo la domanda e ampliando l'offerta l'effetto prodotto può essere quello di un aumento dei costi senza risolvere le criticità. Fa presente poi che esiste anche un problema di spazi e a titolo di esempio cita il caso dell'Ospedale di Pordenone, dove riuscirebbe difficile individuare spazi utili per la collocazione degli ambulatori per i codici bianchi. Sottolinea da ultimo che il tema, vista la sua complessità, andrebbe affrontato affidandolo alla valutazione dei tecnici e della direzione centrale della salute ed eventualmente risolto con una sperimentazione in via tecnica e non con una legge.

Giovanni ZANUTTINI (CONFSAL) illustra la memoria di cui in allegato (allegato 14).

Gianluca ALTAVILLA (NUR-SIND) sottolinea la necessità di una campagna di vera educazione sanitaria per promuovere il ricorso ai servizi territoriali e ai medici di medicina generale. Fa presente l'esigenza di studi osservazionali sugli accessi ai pronto soccorso. Si dice contrario all'esternalizzazione del servizio di pronto soccorso che porterebbe a un drastico calo della qualità. Chiede l'implementazione del personale infermieristico.

Guido DE MICHELIS (CAPLA) e Paolo COAN (FSI/USAE) illustrano le memorie di cui in allegato (allegati 15 e 16).

Francesco COBELLO (Direttore generale Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste) invita a prestare attenzione al fatto che ogni nuovo contenitore richiama ulteriore domanda. Sottolinea la necessità di un'azione di filtro a monte dell'ospedale. Fa presente che per l'Azienda ospedaliera di Trieste vi sarebbero reali problemi logistici nella individuazione delle sedi da destinare agli ambulatori per i codici bianchi. Afferma che si sta valutando la possibilità di istituire un ambulatorio dotato di guardia medica attiva sulle 24 ore come strumento di immediata consultazione per i medici di medicina generale e con la possibilità di appuntamenti diretti all'ambulatorio dell'ospedale, in modo da evitare l'accesso al pronto soccorso. Sottolinea che la soluzione all'ingolfamento dei pronto soccorso deve essere per forza di cose multisettoriale.

Fabio SAMANI (Direttore generale Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina") illustra alcuni dati sugli accessi ai servizi di pronto soccorso ospedalieri della regione e di Trieste in particolare (allegato 17). Si dice convinto che la soluzione al problema stia in una sempre maggiore integrazione tra ospedale e territorio e afferma di essere d'accordo con la proposta fatta dal dott. Cobello.

Giorgio ROS (Direttore generale Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli") pone a disposizione della Commissione la memoria di cui in allegato (allegato 18), comune all'Area vasta "Udinese". Osserva che il problema affrontato dalla pdl è reale e ormai ineludibile e che comunque andrebbe trattato nell'ambito di una revisione organica del sistema di urgenza ed emergenza. Sottolinea che sarebbe più opportuno intervenire in via amministrativa, piuttosto che legislativa.

A questo punto il PRESIDENTE lascia la parola i consiglieri per eventuali domande.

Il consigliere BLASONI afferma che è innegabile vi sia un problema nell'accesso ai codici bianchi. Ammette che tecnicamente la sede più appropriata di intervento potrebbe essere amministrativa ma afferma con forza l'opportunità di una veste normativa capace di garantire in maniera piena il diritto del cittadino a un'attesa ragionevole. Afferma che il tema delle risorse da investire è reale. Ribadisce che il sistema può e deve essere migliorato anche sancendo diritti che devono avere il supporto di un adeguato quadro normativo.

Il consigliere PUSTETTO osserva che approvando la proposta di legge si farebbe un intervento "spot" con il rischio concreto di un cattivo utilizzo delle risorse, come già avvenuto con la legge sulle liste di attesa. Rimarca che dagli interventi degli ospiti è emersa una valutazione evidentemente negativa.

Il consigliere LUPIERI afferma che le audizioni hanno evidenziato che non serve una nuova legge, che rischierebbe di irrigidire il sistema. Osserva che il vero punto da affrontare è la necessità di governo della sanità regionale, che oggi manca. Spiega che è necessario attivare risorse aggiuntive per filtrare gli accessi, va potenziata la presenza medica sulle ambulanze, occorre garantire adeguati livelli di assistenza nelle case di riposo. Invita quindi il direttore centrale Cortiula a farsi portavoce verso il Presidente Tondo di quanto emerso quest'oggi.

Il consigliere CODEGA osserva a sua volta che dalle audizioni è emerso che non è necessaria una nuova legge, in quanto l'istituzione di un nuovo contenitore finirebbe solo per attrarre nuova domanda e comporterebbe inoltre problemi logistici di una certa importanza. Esprime l'impressione che le difficoltà del pronto soccorso siano dovute principalmente a problemi organizzativi e di comunicazione tra strutture e che sarebbe necessario lavorare con maggiore impegno all'integrazione tra ospedale e territorio.

La consigliera MENOSSO sottolinea che l'audizione ha evidenziato tutti i limiti della proposta di legge. Afferma di non ritenere che una legge sia necessaria per garantire il diritto alla salute dei cittadini che è già sancito dalla Costituzione. Dichiaro a sua volta che è indispensabile lavorare sull'integrazione tra ospedale e territorio. Sottolinea che occorre mettere le guardie mediche nelle condizioni di operare con strumenti adeguati. Afferma che alla base c'è fondamentalmente un problema di risorse e che le risposte devono essere su più fronti e con più strumenti. Invita quindi a prendere atto di quanto emerso dalle audizioni e a ritirare la proposta di legge.

Il consigliere DAL MAS chiede provocatoriamente se il codice bianco sia l'indice di un fallimento del sistema e non invece di un abuso del cittadino. Osserva che al consigliere Blasoni va dato il merito di aver posto la questione del pronto soccorso in maniera importante. Spiega che le audizioni hanno consentito di fare una ricognizione dei problemi. Afferma che probabilmente non è necessaria una legge e che è sufficiente agire in via amministrativa.

Il consigliere BLASONI dichiara che l'accantonamento della proposta di legge può essere una possibilità da valutare, ma sottolinea che è compito precipuo della legge quello di consacrare le situazioni che danno luogo a un diritto. Afferma che la legge sulle liste di attesa ha contribuito a migliorare la situazione e ribadisce che al di là di quanto sancito in via generale dalla Costituzione è importante affermare il diritto del cittadino a ottenere risposte in tempi ragionevoli.

A questo punto, in assenza di ulteriori interventi, l'audizione ha termine.

Conclusa quindi la trattazione dei punti all'ordine del giorno, il PRESIDENTE dichiara chiusa la seduta. Sono le ore 17.50.

IL PRESIDENTE

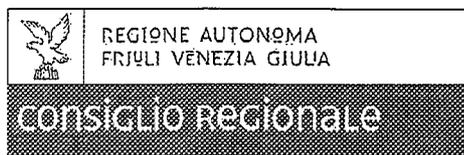
Giorgio Venier Romano

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO

Franco Dal Mas

IL VERBALIZZANTE

Mauro Negro



Proposta di legge n. 154

"Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (pet therapy)"

COMMISSIONE III (17 gennaio 2012 h 14)

Si prega di scrivere i nomi in stampatello

NOME COGNOME	SOGGETTO RAPPRESENTATO
FRANCESCA BALCALI	REFERENTE SIVA FIG
Stocco Ersilio	VASULMUS Soc. AGRICOLA
LORENZO MADILLEM	ASSUS BASSA FRIULANA
SEMPLINI ANNO	C.E. CAVALINO
TIVIDOTE GRAZIA	C.E. IL CAVALINO
FEDERICA LESTUZZI	Federica Lestuzzi - TECNICO BSEQ. INTEGR.
BEATRICE SEVERINI	LAUREATA IN PSICOLOGIA UNIV TS
PAULI ANDRICO	BICOMPTRECCISA ASS 4 22
SIZEM GORIO	COORD. REG. PROF. SANITARI
COCCOLO PAOLA	CINOPILITMO - GORIZIA CANTASCA
VISINTIN MANUELA	U U

NOME COGNOME	SOGGETTO RAPPRESENTATO
PAVIO DI SISSI	CENOFILIA DO GOMZUA
ABATANGELO COMARO	ASS. 1 - TS / REGIONE
POLODIO GIANNI	LE TRAVERSINE
CHRISTINA DIEUDONNE	C.I. PREVAL / ASSOC. LAPO
ROSIANGHINI RENZO	CONS. ORDINE PSICOLOGI
GIOVANNA FELLMATI	FACOLTÀ PSICOLOGIA
PAOLO FUSARI	PRESIDENTE ORDINE PSICOLOGI FVG
WALTER GERBINO	FAC. DI PSICOLOGIA - UNIV DI TRIESTE
PURIC LUCIANA	AMICI DELLA TERRA UD
FRANCESCA PEDRIGI	LAV
CLAUDIO MARCONO	ORDINE MED. VETERINARI PORDENONE
EUSEBIA EUNTO	LAV
ROSILIANA VIELZON	LAV TRIESTE
BRANCALEONI KATIA	LAV PORDENONE
URSO GIANFRANCO	COORD. REG. E. N. P. A.
DANIEL MARCHETTI	C.I. ALPE AD VOLONTARI
FULVIA ADA ROSSI	ORDINE MED. VET. TRIESTE
POZZO MICHELE	A. S. S. LOG ⁴ Medico Friuli ⁴
PAPPALONZI MARINO	ORDINE VETERINARI UDINE

154_PDL.doc

GM/MN/CB/DD

PROPOSTA DI LEGGE N. 154

Presentata dai consiglieri Colautti, Galasso, Baritussio, Blasoni, Bucci, Cacitti, Camber, Cargnelutti, Dal Mas, Marin, Marini, Novelli, Pedicini, Santin, Tononi, Valenti, De Mattia, Venier Romano, Rosolen

<<Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (pet therapy)>>

Presentata il 24 marzo 2011

I

Signor Presidente, signori consiglieri,

con la presente proposta di legge, intendiamo riconoscere ufficialmente la validità e promuovere il valore terapeutico e riabilitativo della pet therapy, come co-terapia a fianco della medicina tradizionale, finalizzata ad aiutare persone in situazione di disagio a superare limiti e disabilità.

Per “pet therapy” intendiamo l’insieme delle terapie (TAA) e attività (AAA) eseguite con l’ausilio di animali, le prime con obiettivi di carattere sanitario-terapeutico e le seconde con obiettivi di tipo educativo, ricreativo e ludico.

A partire dagli anni Sessanta, si sono susseguiti innumerevoli studi sulla materia e le terapie e le attività effettuate con l’ausilio di animali hanno trovato largo impiego in molti campi, dando risultati assolutamente positivi, legati principalmente alla relazione affettiva ed emozionale che si instaura tra il paziente e l’animale.

Nel 1987 la pet therapy ha fatto la sua comparsa anche nel nostro paese, ma il suo avvento e la sua diffusione sono avvenuti in assenza di un’apposita copertura normativa e a prescindere da qualsiasi riconoscimento istituzionale. Di conseguenza l’attività è stata spesso delegata all’iniziativa di pochi volontari non sempre muniti della competenza professionale necessaria o, peggio, è stata oggetto d’improvvisazione con il rischio di gravi danni per gli animali e per gli utilizzatori.

Di qui l’esigenza di regolamentare compiutamente la materia, con interventi

normativi in grado di disciplinare la relazione uomo-animale, di salvaguardare il benessere degli animali co-terapeuti e di tutelare i pazienti.

Un primo riconoscimento legislativo della pet therapy è avvenuto con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 28 febbraio 2003 che recepisce l'accordo tra il Ministero della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di benessere degli animali da compagnia e pet therapy. L'accordo fissa alcuni principi fondamentali per una maggiore e sempre più corretta interrelazione tra l'uomo e gli animali d'affezione e prevede che il Governo e le Regioni valutino, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, l'adozione di iniziative finalizzate ad agevolare il mantenimento del contatto delle persone con animali da compagnia.

Sulla scia del predetto provvedimento e in sintonia con iniziative analoghe adottate da altre regioni, la presente proposta di legge intende promuovere, su tutto il territorio regionale, le attività di pet therapy e, al contempo, disciplinarne compiutamente gli ambiti operativi e le concrete modalità d'intervento.

In definitiva, l'intento dei proponenti è di superare l'assoluto spontaneismo oggi esistente, e passare a una fase più matura e responsabile e di applicazione.

In questo senso si evidenzia l'istituzione di una commissione tecnica, costituita da esperti, incaricata di predisporre le linee guida concernenti l'organizzazione dell'attività di pet therapy, certificare i soggetti aventi i requisiti per accedere ai finanziamenti regionali e

II

abilitati a operare nel settore, definire le procedure per la formazione e l'aggiornamento degli operatori, istituire un elenco dei soggetti abilitati, definire i criteri di valutazione e finanziamento dei programmi;

Quanto ciò premesso, l'articolato della presente proposta si compone di 11 articoli.

L'articolo 1 riassume le finalità fondamentali della legge e, inoltre, suddivide le attività di pet therapy in attività svolte con l'ausilio di animali (AAA) e terapie effettuate con l'ausilio di animali (TAA).

L'articolo 2 definisce la pet therapy, riconosce il valore co-terapeutico delle terapie e

attività svolte con l'ausilio di animali e definisce le Terapie e le Attività assistite dagli animali.

L'articolo 3 definisce gli ambiti applicativi delle TAA e delle AAA

L'articolo 4 istituisce una commissione tecnica regionale costituita da esperti

L'articolo 5 individua le funzioni della commissione

L'articolo 6 definisce i requisiti degli animali ammessi ai programmi di TAA e AAA con riferimento anche ai percorsi formativi e ai metodi di addestramento.

L'articolo 7 riconosce l'importanza della formazione e prevede che la Regione promuova percorsi di formazione e aggiornamento professionale degli operatori per il conseguimento delle finalità previste dalla legge. Al comma 2, inoltre, prevede l'adozione di un regolamento per individuare i criteri e le modalità di certificazione dei soggetti abilitati a erogare servizi di TAA e AAA, le procedure per la formazione e l'aggiornamento degli operatori e le specie ammesse ai programmi di TAA e AAA.

L'articolo 8 descrive la composizione, le competenze e le modalità di intervento dei gruppi di lavoro multidisciplinari che attuano le TAA e le AAA.

L'articolo 9 attribuisce alla Giunta regionale il compito di emanare bandi annuali per il finanziamento di progetti di pet therapy.

L'art. 10 contiene la norma finanziaria

Si confida nel voto favorevole di questo Consiglio.

COLAUTTI

GALASSO

BARITUSSIO

BLASONI

II I

BUCCI

CACITTI

CAMBER

CARGNELUTTI

DAL MAS

MARIN

MARINI

NOVELLI

PEDICINI

SANTIN

TONONI

VALENTI

DE MATTIA

VENIER ROMANO

ROSOLEN

Atti consiliari Consiglio regionale Friuli Venezia Giulia

X LEGISLATURA - PROPOSTA DI LEGGE N. 154

<<Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (pet therapy)>>

154_PDL.doc

- 1 -

Art. 1

(Finalità)

1. La Regione Friuli Venezia Giulia definisce e promuove la terapia assistita con animali (TAA) e l'attività assistita con animali (AAA), riconoscendone il valore terapeutico e riabilitativo, sancendone gli ambiti applicativi e le modalità di intervento e stabilisce i parametri da adottare al fine di assicurare il benessere psicofisico dei fruitori dell'intervento terapeutico e la salute e il benessere degli animali coinvolti.

Art. 2

(Definizione di Pet Therapy e delle terapie e attività assistite dagli animali)

1. Ai fini della presente legge si intende per pet therapy l'insieme delle attività che ricorrono all'impiego di animali in affiancamento alle terapie della medicina tradizionale nella fase terapeutica, quale strumento di promozione della riabilitazione nei confronti della

disabilità o del disagio fisici, psichici, psichiatrici e di socializzazione, con particolare riferimento a bambini, adulti e anziani versanti in situazione di disagio, vittime di maltrattamenti, abbandono o abuso.

2. Le TAA e le AAA rappresentano un metodo co-terapeutico in cui attraverso attività ludico-ricreative e con l'ausilio degli animali, il paziente viene stimolato contemporaneamente a livello motorio e psichico, assumendo il ruolo di protagonista e partecipando attivamente al processo riabilitativo.

3. Ai fini della presente legge si definisce per:

a) TAA ogni intervento terapeutico e riabilitativo rivolto a persone con patologie neuromotorie, cognitive o psichiatriche, avente la finalità di ridurre la differenza tra il livello reale e potenziale di capacità del sistema lesionato e tendendo a limitare lo stato patologico diagnosticato e i suoi effetti;

b) AAA ogni progetto di tipo ludico, ricreativo ed educativo finalizzato a migliorare la qualità della vita dei soggetti interessati.

4. Gli interventi di TAA e AAA devono essere coordinati dal gruppo di lavoro multidisciplinare di cui all'articolo 8.

Art. 3.

(Ambiti applicativi)

1. La TAA e l'AAA possono essere praticate presso ospedali, centri di riabilitazione, centri residenziali e semi-residenziali sanitari, case di riposo, centri diurni, scuole di ogni ordine e grado, istituti di detenzione, comunità di recupero, centri privati, fattorie socio-terapeutiche e didattiche, centri gestiti da cooperative sociali.

L'Ordine dei Medici Vetrinari ritiene che almeno nella fase di sperimentazione le TAA e AAA vengano praticate esclusivamente presso ospedali, centri di riabilitazione, centri residenziali e semi-residenziali sanitari, case di riposo, centri diurni, istituti di detenzione e comunità di recupero. Questo ventaglio di strutture sembra sufficiente a garantire un'ampia accessibilità al servizio, per tutte le categorie destinatarie.

Atti consiliari Consiglio regionale Friuli Venezia Giulia

X LEGISLATURA - PROPOSTA DI LEGGE N. 154

<<Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (pet therapy)>>

Art. 4

(Commissione regionale per le terapie e le attività assistite dagli animali)

1. Al fine di realizzare le finalità della presente legge, con decreto del Presidente della Regione da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla Salute, Integrazione socio-sanitaria e Politiche sociali , è istituita una Commissione tecnica per le terapie e le attività assistite dagli animali, di seguito denominata Commissione, composta da:

- a) un medico con esperienza nell'ambito delle TAA e AAA;
- b) un veterinario esperto in comportamento animale e con competenza in pet therapy;
- c) un esperto comportamentista di animali per ciascuna specie animale ammessa;
- d) un etologo con competenza in pet therapy;

L'Ordine dei Medici Veterinari ritiene che queste tre figure sono sovrapponibili e che quindi è sufficiente nominare un medico veterinario esperto in comportamento animale ed un suo sostituto ugualmente competente in caso di impossibilità a presenziare alle Commissioni.

- e) uno psicologo;
- f) un counselor con esperienza nell'ambito delle TAA e AAA;
- g) un terapeuta della riabilitazione abilitato con esperienza in pet therapy;
- h) quattro rappresentanti, uno per provincia, delle associazioni del privato sociale operanti nell'ambito delle TAA e AAA;
- i) un operatore di TAA e AAA di comprovata esperienza;
- l) un addestratore specializzato in TAA e AAA.

2. La Commissione può avvalersi, in via permanente o occasionale, di esperti in TAA e AAA che ritenga opportuno consultare e di cui può richiedere la presenza per lo svolgimento dei propri lavori.

3. La Giunta regionale determina i criteri, le modalità di nomina, i compensi e la durata in carica dei componenti la Commissione. La Commissione ha sede a Udine, luogo baricentrico della regione. Le funzioni di segreteria sono svolte da personale messo a disposizione dalla Direzione centrale Salute, Integrazione sociosanitaria e Politiche sociali.

Atti consiliari Consiglio regionale Friuli Venezia Giulia

X LEGISLATURA - PROPOSTA DI LEGGE N. 154

<<Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (pet therapy)>>

154_PDL.doc

- 3 -

Art. 5

(Funzioni della Commissione)

1. La Commissione predisporre le linee guida da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale, anche allo scopo di definire e uniformare le buone pratiche nel campo delle TAA e AAA, e in particolare ha la funzione di:

- a) certificare i soggetti aventi i requisiti per accedere ai finanziamenti regionali di cui all'articolo 9 e abilitati a erogare servizi di TAA e AAA, secondo i criteri definiti dal regolamento, di cui all'articolo 7 comma 2 ;
- b) definire i criteri per la progettazione e la realizzazione dei programmi di pet therapy;
- c) definire le procedure per la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori che erogano servizi di TAA e AAA;
- d) controllare i requisiti delle figure professionali che vogliono erogare servizi di TAA e AAA e la composizione del gruppo di lavoro;
- e) controllare la validità e il regolare svolgimento dei progetti di TAA e AAA, al fine di garantire il benessere psicofisico degli utenti fruitori degli interventi e quello degli animali impiegati;
- f) creare un elenco regionale dei soggetti certificati, abilitati a erogare un servizio di TAA e AAA da tenersi presso la Direzione centrale Salute, Integrazione

sociosanitaria e Politiche sociali;

g) valutare i requisiti professionali del personale addetto alla formazione degli

animali adibiti a TAA e AAA;

h) definire i criteri per la valutazione dei programmi finanziati ai sensi

dell'articolo 9.

Art. 6

(Scelta degli animali ammessi)

1. Per lo svolgimento dei programmi di TAA e AAA possono essere ammessi gli animali di età superiore ai dodici mesi che, per caratteristiche fisiologiche e comportamentali, siano compatibili con gli obiettivi del progetto. Gli animali devono essere sottoposti a un programma sanitario che ne attesti costantemente lo stato di buona salute e di benessere e, **se l'attività lo richiede**, devono essere adeguatamente addestrati. I percorsi formativi per gli animali e tutte le attività di TAA e AAA devono essere svolti attraverso metodi di addestramento "gentili", senza alcuna coercizione o maltrattamento, nel rispetto delle naturali propensioni individuali di ciascun soggetto e delle sue esigenze

Gli animali utilizzati in attività di TAA e AAA devono essere addestrati in precedenza e non essere inseriti nel programma solo perché di buona indole. Viene fatta eccezione per animali come i conigli i quali devono comunque essere testati in precedenza al fine di valutare il loro livello di tolleranza allo stress.

I percorsi formativi per gli animali devono essere certificati da personale qualificato.

Atti consiliari Consiglio regionale Friuli Venezia Giulia

X LEGISLATURA - PROPOSTA DI LEGGE N. 154

<<Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (pet therapy)>>

154_PDL.doc

- 4 -

etologiche al fine di garantirne l'equilibrio psicocomportamentale e la corretta relazione con l'uomo.

Art. 7

(Formazione e aggiornamento degli operatori)

1. La Regione per il conseguimento delle finalità della presente legge e nel

rispetto dei principi enunciati nelle linee guida di cui all'articolo 5, promuove la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori nel settore delle TAA e AAA.

2. Con regolamento approvato dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente, da emanarsi entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Regione individua:

- a) i criteri e le procedure per la certificazione dei soggetti abilitati a erogare servizi di TAA e AAA;
- b) le procedure per la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori di pet therapy;
- c) le specie animali ammesse ai programmi di TAA e AAA.

Art. 8

(Gruppi di lavoro multidisciplinare)

1. Le TAA e le AAA sono svolte da gruppi di lavoro interdisciplinari che partecipano sia alla progettazione, sia allo svolgimento delle TAA e AAA e che sono formati nel rispetto dei criteri stabiliti nelle linee guida di cui all'articolo 5.

2. **Possono** far parte del gruppo di lavoro un medico, uno psicologo, un counselor, un professionista della riabilitazione, un veterinario, un operatore di TAA e AAA dotati di specifica competenza e qualificata e documentata esperienza.

Devono far parte.....

3. Il gruppo di lavoro deve provvedere all'organizzazione di un progetto generale di TAA o AAA in funzione delle esigenze dei fruitori, degli obiettivi e delle finalità stabilite.

4. In fase operativa devono essere sempre presenti un professionista di settore (esperto della riabilitazione, medico, psicologo, counselor o figura professionale equivalente) e un operatore di TAA e AAA per ciascun animale coinvolto al fine di tutelare costantemente l'interazione e i suoi effetti sui partner secondo precisi criteri di compatibilità reciproca e di efficacia dell'interazione stessa.

Atti consiliari Consiglio regionale Friuli Venezia Giulia

<<Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (pet therapy)>>

154_PDL.doc

- 5 -

Art. 9

(Progetti e attività di pet therapy)

1. La Giunta regionale emana annualmente un bando per il finanziamento di progetti di pet therapy a cui possono partecipare i soggetti in possesso della certificazione di cui all'articolo 5.

2. Entro i limiti stabiliti annualmente dalla Giunta regionale, i progetti sono finanziati, previa valutazione di conformità stabilita dalla Commissione sulla pet therapy e sulla base di una apposita graduatoria stilata tenuto conto dei criteri previsti dal regolamento di cui all'articolo 7 comma 2.

Art. 10

(Norma finanziaria)



E.N.P.A.
ENTE NAZIONALE PROTEZIONE ANIMALI
ENTE MORALE - Onlus

SEZIONE PROVINCIALE DI UDINE
SEZIONE PROVINCIALE DI TRIESTE

Udine – Trieste 17 gennaio 2012

Spett.le *CONSIGLIO REGIONARE REGIONE AUTONOMA FVG*

Oggetto: *PROPOSTA DI LEGGE n. 154 - presentata il 24 marzo 2011*

In merito alla Vs. pregiata di cui all'oggetto, per quanto concerne le parti prettamente interessanti **la tutela ed il rispetto dell'animale e del suo benessere**, visti e tenendo presenti i seguenti documenti:

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri - 28 febbraio 2003: recepimento dell'accordo recante disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy;
- Legge 20 luglio 2004 n. 189 recanti modifiche al c.p.p.;
- Legge 14 agosto 1991 n. 181: Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo;
- Decreto Legislativo 27 gennaio 1992 n. 116 in materia di protezione degli animali utilizzati a fini sperimentali o ad altri fini scientifici;
- Legge 12 ottobre 1993 n. 413 sulla obiezione di coscienza alla sperimentazione animale;
- Carta Modena 2002;
- Proposta di Legge d'Iniziativa dell'On. Gianni Mancuso

e prendendo spunto dal Codice Etico e Metodologico della Delta Society U.S.A. che rappresenta, al momento, lo standard a cui la maggior parte degli operatori fa riferimento,

siamo a annotare brevemente qui di seguito una serie di osservazioni da considerare per implementare e completare con maggiore attenzione il testo proposto.

- Inserimento nelle premesse ed adeguamento nel testo normativo ai documenti sopra elencati.
- Art. 1 c. 1 sostituire con il seguente: *“La presente legge definisce e promuove le attività e le terapie assistite dagli animali domestici, ne individua gli obiettivi e gli ambiti di applicazione, ne riconosce l'utilità in campo sociale nonché la validità come possibile metodo di co-terapia in sinergia con le terapie tradizionali. La presente legge promuove e sviluppa progetti di ricerca che prevedono l'utilizzo di una equilibrata e guidata relazione con gli animali nel trattamento dei disagi sociali e relazionali dell'uomo. La presente legge favorisce altresì la presenza, purché monitorata da un medico veterinario con competenze in comportamento, supervisionata da operatori formati e programmata sulla base delle caratteristiche dell'animale e della persona, nelle strutture sanitarie, con particolare riguardo ai reparti di pediatria e geriatria, alle case di riposo e alle residenze sanitarie assistite, nei centri di pet-therapy abilitati nonché presso le persone inserite in programmi di assistenza domiciliare integrata, di animali domestici anche di proprietà delle persone che a diverso titolo sono ospiti delle strutture stesse. L'impiego degli animali in attività e terapie assistite deve rispettare e favorire il loro benessere e le loro abitudini.”*

- Art. 2 c. 3 sostituire con il seguente: *“Ai fini della presente legge si intendono:*
 - a) per attività assistite dagli animali (AAA), gli interventi relazionali di tipo educativo, didattico, formativo e ricreativo aventi l’obiettivo di migliorare la qualità della vita dell’uomo e realizzati da gruppi di lavoro interdisciplinari qualificati, con l’aiuto di animali adeguatamente selezionati, formati a tale scopo e in possesso di adeguati requisiti definiti dalla Commissione di cui all’articolo 4. Il lavoro d’equipe è di fatto la realtà operativa che definisce obiettivi e piano di lavoro, allargata agli insegnanti nel caso dei progetti di zooantropologia didattica;*
 - b) per terapie assistite dagli animali (TAA), gli interventi finalizzati al miglioramento di alterazioni e disturbi fisici, della sfera emotiva, cognitiva e motoria, o conseguenze di patologie e di malesseri emozionali e psicologici, praticati da gruppi di lavoro interdisciplinari, di cui fa parte necessariamente almeno un medico, un veterinario, uno psicologo e un conduttore di animali domestici, con esperienza nel settore della pet-therapy, con l’aiuto di animali specificamente educati e preparati, con metodi non coercitivi, nell’ambito di sedute terapeutiche, individuali o di gruppo, che si attengano ai requisiti definiti dalla Commissione di cui all’articolo 4.”* Le TAA sono per lo più caratterizzate da protocolli e obiettivi di salute/benessere specifici per ciascun destinatario dell’intervento, una gestione multidisciplinare, una documentazione metodica e scritta dell’intervento e una valutazione esplicita dei suoi esiti.
- Art. 3: inserire il comma
 2. Gli interventi di pet therapy sono pianificati a livello individuale, tenuto conto degli obiettivi che si intendono raggiungere e dei criteri indicati nelle linee guida stabilite dalla Commissione di cui all’Art. 5.
- Art. 4 c. 1, lettera c): qualificare l’esperto comportamentalista come un etologo o biologo o medico-veterinario esperto comportamentalista di comprovata professionalità.
- Inserimento tra i soggetti entranti a far parte della Commissione dei cui all’Art. 4 di *un istruttore di animali per ciascuna specie animale ammessa, di un Operatore Pet Partner o Pet Operator (o uno per provincia) di comprovata esperienza, definito come operatore con specifica competenza e preparazione e documentata esperienza nell’interazione con la specie di riferimento, che deve altresì accudire l’animale nel corso e al termine di ogni attività di TAA e AAA, nonché predisporre tutte le attività volte a tutelare l’animale durante e dopo le suddette attività, anche con il gioco o altre attività volte a correggere l’eventuale stress anche psicologico subito o comunque volto a rinforzare positivamente l’attività eseguita.*
- Art. 5 c. 1, lettera a): dare priorità alla certificazione dei soggetti abilitati ed aventi i requisiti ad erogare i servizi di TAA e AAA, annotando solo successivamente nel testo la certificazione dei soggetti aventi i requisiti per l’accesso ai contributi regionali, secondo i criteri definiti dal regolamento, di cui all’Art. 7 c. 2.
- Art. 5 c. 1: inserire tra le funzioni della commissione di *valutare i requisiti minimi strutturali ed igienico sanitari delle aree, dei locali e degli spazi destinati alla detenzione degli animali nei casi di cui all’art. 1 c.1 così come sostituito.*
- Art. 5 c. 1: inserire tra le funzioni della commissione di *definire le caratteristiche di salute e di benessere e il profilo comportamentale che devono possedere gli animali impiegati nella pet-therapy.*
- Art. 5 c. 1: inserire tra le funzioni della commissione di *definire i requisiti professionali essenziali del personale addetto all’addestramento degli animali da compagnia e i criteri generali con cui le regioni attuano la formazione per operatori preparatori e conduttori degli animali durante le sedute di AAA e TAA.*
- Art. 5 c. 1: inserire tra le funzioni della commissione di *definire i protocolli di addestramento, con specifica indicazione dei trattamenti consentiti per la preparazione degli animali impiegati nei programmi di AAA e di TAA e di quelli vietati.*
- Art. 6 c. 1 sostituire con il successivo comma:

“a) Ai fini della corretta attuazione dei programmi di AAA e di TAA è vietato l’impiego di animali selvatici, esotici, animali di zoo o parchi zoologici, di animali che non abbiano raggiunto l’età adulta ciascuno secondo le caratteristiche di specie, animali allevati appositamente privandoli delle cure parentali tipiche della specie a cui appartiene al fine di renderli improntati all’uomo, anziani, femmine gravide o soggetti in

cova, soggetti in condizioni cliniche patologiche (acute o croniche), sia dal punto di vista medico sia comportamentale.

b) Tutti gli animali impiegati in attività e terapie assistite devono superare una valutazione che ne attesti lo stato sanitario (con precisa definizione dei parametri sanitari medico-veterinari, di profilassi veterinaria, di prevenzione delle zoonosi) ed indole caratteriale, le capacità fisiche e psichiche, fra le quali in particolare la socievolezza e la docilità, la capacità di collaborare col proprio conduttore e l'attitudine a partecipare a programmi di AAA e di TAA. In nessun caso le loro prestazioni devono comportare per l'animale fatiche o stress psichici o fisici, nè consistere in attività che comportino dolore, angoscia, danni psico-fisici temporanei o permanenti, ovvero sfruttamento. Gli stessi animali, successivamente alla selezione suddetta, dovranno seguire un iter formativo ed un esame finale, in coppia con i conduttori (Operatore Pet Partner o Pet Operator) cui saranno affidati.

c) Gli animali impiegati in programmi di AAA e di TAA sono sottoposti a controlli periodici relativi al permanere delle condizioni di salute e in generale di benessere richieste ai fini del loro impiego da parte del medico veterinario, in collaborazione con l'Operatore Pet Partner o Pet Operator dell'animale e/o l'educatore/istruttore o altre figure a contatto con l'animale stesso. Gli animali che manifestano sintomi o segni di malessere psico-fisico sono esclusi dai programmi di AAA e di TAA. Gli animali devono poter usufruire di adeguati periodi di riposo e poter trarre benefici dall'attuazione dell'attività svolta. Al termine della carriera, o in caso di successiva esclusione dei programmi di AAA e di TAA, il proprietario dell'animale deve assicurargli una corretta tutela del benessere, escludendo in ogni caso eutanasia o macellazione.

d) Gli animali impiegati in programmi di AAA e di TAA possono anche provenire da canili e rifugi pubblici e privati gestiti da organizzazioni non lucrative di utilità sociale, purché siano sottoposti ad opportuna valutazione psico-fisica e che partecipino a programmi di formazione adeguati alle attività che svolgeranno e purché in possesso dei requisiti definiti dalla Commissione di cui all'articolo 5." Criterio preferenziale dell'attribuzione dei contributi sarà data a quei soggetti che hanno riscattato animali da situazioni di disagio e maltrattamento o destinati alla sperimentazione o alla macellazione.

e) Gli animali impiegati in programmi di AAA e TAA devono essere di proprietà delle strutture/soggetti aventi i requisiti ed abilitati ad erogare servizi di AAA e TAA, oppure di proprietà degli operatori di cui agli art. 7 e 8. Nell'ultimo caso essi saranno custoditi e accuditi presso e dagli stessi proprietari.

f) Le strutture/soggetti aventi i requisiti ed abilitati ad erogare servizi di AAA e TAA possono richiedere di ricevere, in modo preferenziale, animali in custodia provenienti da sequestri per malcustodia o maltrattamento, da inserire nei progetti di AAA e TAA dopo le valutazioni o l'addestramento necessari. Se tali animali non dovessero risultare adatti come pet partner sarà cura degli stessi strutture/soggetti ricercare altra soluzione idonea alla custodia di tali animali che ne garantisca condizioni di buon trattamento, con preferenza assoluta all'affido in proprietà a privati responsabili (adozione).

g) Se l'attività lo richiede gli animali devono essere adeguatamente addestrati. I percorsi formativi per gli animali e tutte le attività di AAA e TAA devono essere svolti secondo metodi di addestramento "gentili", senza alcuna coercizione o maltrattamento, nel rispetto delle naturali propensioni individuali di ciascun soggetto e delle sue esigenze etologiche al fine di garantirne l'equilibrio psicocomportamentale e la corretta relazione con l'uomo.

h) Il personale addetto alla custodia degli animali deve essere competente ed adeguato, con specifica competenza e preparazione e documentata esperienza nell'interazione con la specie di riferimento. Tale figura può anche essere contemporaneamente Operatore Pet Partner o Pet Operator.

i) Tutte le coppie Operatore Pet Partner/animale possiedono un curriculum che ne attesti la certificazione secondo i principi della "Carta Modena 2002"; tali requisiti sono rivalutati periodicamente dalla Commissione per accertarsi che gli standard psicofisici richiesti rimangano inalterati al fine di garantire il benessere degli animali e del fruitore degli interventi.

- Art. 7 c. 1: integrare il comma inserendo l'elenco delle qualifiche dei soggetti operanti (chiamarli operatori confonde con il ruolo dell'Operatore Pet Partner o Pet Operator) nel settore delle TAA e AAA:
 - = medico
 - = psicologo
 - = professionista della riabilitazione
 - = medico veterinario
 - = medico veterinario o biologo o etologo con formazione ed esperienza nelle scienze comportamentali applicate

= Operatore Pet Partner o Pet Operator con specifica competenza e preparazione e documentata esperienza nell'interazione con la specie di riferimento.

Alcune delle competenze professionali succitate possono anche essere assunte da un'unica persona se rispondente agli specifici requisiti richiesti.

- Art. 8 c. 2: sostituire il verbo "Possono" con il verbo "Devono"; sostituire il sostantivo "operatore" con "Operatore Pet Partner o Pet Operator".
- Inserire un nuovo comma all'Art. 8: Durante la seduta di AAA e TAA il benessere di tutti i componenti del gruppo di lavoro, oltre che quello del soggetto umano e dell'animale utilizzato, vanno monitorati e salvaguardati e la terapia proseguita solo nel caso in cui non si manifestino segni di insofferenza o di stress da parte della coppia uomo-animale o degli altri componenti del gruppo di lavoro.
- Prevedere un Art. 11 (Sanzioni):
In caso di violazione di quanto previsto dall'articolo 6 della presente legge da parte degli enti e delle associazioni di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), l'autorizzazione concessa ai suddetti soggetti è sospesa per un anno. Nell'ipotesi di più di una violazione, l'autorizzazione è revocata.

Il Coordinatore Regionale
dott. Gianfranco Urso



Ordine degli Psicologi
Consiglio del Friuli Venezia Giulia

MEMORIA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL FRIULI VENEZIA GIULIA IN MERITO A:

PROPOSTA DI LEGGE N. 154 – “NORME IN MATERIA DI TERAPIA ASSISTITA E ATTIVITA' ASSISTITE DAGLI ANIMALI (Pet Therapy)” – d’iniziativa del Consigliere Colautti e altri.

17 gennaio 2012

Il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia nel ricevere l'invito all'audizione da parte del Presidente della III Commissione Permanente del Consiglio Regionale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha attentamente esaminato la proposta di legge.

Si presenta pertanto una Memoria scritta in merito. A tal proposito si riportano i nominativi dei professionisti che hanno contribuito a questo documento.

1. Dott.ssa Paola Zotti,

Consigliere dell'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia e Referente del Gruppo di Lavoro dell'Ordine sulla Psicologia della Salute.

2. Dott. Renzo Mosanghini,

3. Dott.ssa Cristina Galluzzo,

4. Dott. Ivan Iacob,

Consiglieri dell'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia e Componenti del Gruppo di Lavoro dell'Ordine sulla Psicologia della Salute

Supervisione ai lavori,

• **Dott. Paolo Fusari,**

Presidente del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia

Ringraziamo i membri della III Commissione permanente, attraverso il sig. Presidente Giorgio Venier Romano, per l'invito a questa convocazione che ci consente di fornire un contributo su temi così rilevanti.

Esame e riflessioni di alcuni articoli

1. Premessa

Nell'esaminare la proposta di legge l'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia ha ritenuto opportuno mettersi in contatto e relazionarsi con l'Università degli Studi di Trieste – Facoltà di Psicologia, che da anni è impegnata ad approfondire gli studi sulla pet therapy e su tale materia ha già avviato particolari insegnamenti e percorsi formativi. Infatti per allievi della Scuola di Specializzazione post laurea magistrale, a Trieste è attivo un insegnamento specifico sulla Pet Therapy, e ciò può ben indicare quanto sia rilevante affrontare questa tematica senza superficialità, ma bensì con grande accuratezza, scientificità e rigore. La Facoltà di Psicologia esprimerà, nelle sue competenze istituzionali, degli specifici pareri in merito.

Per quanto riguarda la posizione dello scrivente Ordine, si ritiene apprezzabile l'intento enunciato nella presentazione alla proposta di legge di regolamentare compiutamente la materia per disciplinare la relazione uomo-animale, di salvaguardare il benessere degli animali co-terapeuti e, di fondamentale importanza, di tutelare i pazienti interessati.

Si condivide anche la necessità di predisporre le Linee Guida concernenti l'organizzazione dell'attività di pet therapy e definire le procedure per la formazione e l'aggiornamento degli operatori.

Non si ritiene opportuno che col termine "pet therapy" si indichino sia le terapie (TAA) che le attività (AAA) eseguite con l'ausilio di animali, le prime con l'obiettivo di carattere sanitario-terapeutico e le seconde con obiettivi di tipo educativo, ricreativo e ludico.

Nella presente proposta di legge troppo spesso i due termini (TAA e AAA), seppur definiti in modo distinto, non sono mantenuti, a nostro parere, sufficientemente disgiunti.

Si ritiene, con riguardo alla salute dei cittadini, che le TAA, che sono interventi individualizzati sul paziente utilizzati a supporto e/o integrazione delle terapie tradizionali non possano essere accomunate nell'unico termine di pet therapy con altre attività di tipo educativo, ricreativo e ludico.

Art. 1 Finalità

1. La Regione Friuli Venezia Giulia definisce e promuove la terapia assistita con animali (TAA) e l'attività con animali (AAA), riconoscendone il valore terapeutico e riabilitativo, sancendone gli ambiti applicativi e le modalità di intervento e stabilisce i parametri da adottare al fine di assicurare il benessere psicofisico dei fruitori dell'intervento terapeutico e la salute e il benessere degli animali.

Si sottolinea che terapia e riabilitazione sono sfere di attività inerenti la salute, che competono a figure specifiche, e possono e debbono essere attuate da personale del profilo socio-sanitario avente i requisiti di legge.

Art. 2 Definizione di pet therapy e delle terapie e attività assistite dagli animali

1. Ai fini della presente legge si intende per pet therapy l'insieme delle attività che ricorrono all'impiego di animali in affiancamento alle terapie della medicina tradizionale nella fase terapeutica, quale strumento di promozione della riabilitazione nei confronti della disabilità o del disagio fisico, psichico, psichiatrico e di socializzazione, con particolare riferimento a bambini, adulti e anziani versanti in situazione di disagio, vittime di maltrattamenti, abbandono o abuso.

In questo comma sono riportate attività "sanitarie", la cui gravità può essere molto rilevante e sicuramente di competenza sanitaria. Sarebbe rischioso, oltrechè illecito, esercitarle senza la prescrizione ed il monitoraggio di figure professionali con le specifiche competenze. Ci preme sottolineare che l'attività prescrittiva (fatta da un medico o psicologo) di una pet therapy non dovrà mai prescindere da una accurata valutazione diagnostica dello stato psichico e funzionale del paziente e che l'attività di monitoraggio e valutazione dell'efficacia degli interventi riabilitativi, terapeutici ed assistenziali, dovrà essere conseguentemente condotta dal personale sanitario competente.

2. Le TAA e le AAA rappresentano un metodo co-terapeutico in cui, attraverso attività ludico creative e con l'ausilio degli animali, il paziente viene stimolato contemporaneamente a livello motorio e psichico, assumendo il ruolo di protagonista e partecipando attivamente al processo riabilitativo.

Anche in questo comma si ripete la mancanza di distinzione tra le TAA e le AAA, sebbene nel successivo comma 3 vengano definite:

a) TAA ogni intervento terapeutico e riabilitativo rivolto a persone con patologie neuromotorie, cognitive o psichiatriche, avente la finalità di ridurre la differenza tra il livello reale e potenziale di capacità del sistema lesionato e tendente a limitare lo stato patologico diagnosticato e i suoi effetti.

Andrebbero aggiunti, per una migliore specificazione, anche i gravi disagi citati al c. 1 dell'art. 2.

b) AAA ogni progetto di tipo ludico, ricreativo ed educativo finalizzato a migliorare la qualità della vita dei soggetti interessati.

La mancanza di chiarezza e distinzione tra TAA e AAA ha ricaduta anche nei contenuti degli articoli successivi che riguardano la composizione e i compiti della "Commissione tecnica", la "Formazione e l'aggiornamento degli operatori" (la TAA è sfera di intervento del personale del profilo sanitario mentre invece la AAA è campo d'azione di operatori educativi, ricreativi ..), i "Gruppi di lavoro multidisciplinare".

Art. 4 Commissione regionale per le terapie e le attività assistite dagli animali

Si consiglia una maggiore snellezza nella composizione della Commissione che potrebbe verosimilmente essere composta dalle principali figure professionali di rilevanza nelle due aree di intervento (area sanitaria, psicologica, terapeutica) e area educativa, ricreativa e ludica. Si suggerisce che tali figure componenti la Commissione abbiano i requisiti previsti dagli ordinamenti professionali o da altre istituzioni riconosciute. Le figure, ora presenti, qualora non rientrassero a far parte della Commissione potrebbero essere comunque ammesse secondo il comma 2, art. 4.

Relativamente alla figura dello psicologo, si suggerisce:

"uno psicologo esperto nella materia e nominato dall'Ordine degli Psicologi".

Può essere altresì fondamentale la presenza di un componente universitario per gli aspetti rilevanti sulla formazione degli operatori.

Per le riflessioni riportate nella presente Memoria si è anche fatto riferimento al progetto di ricerca “Net Pet Therapy – Una Rete sinergica nel Veneto”, finanziato dalla Giunta Regionale del Veneto in data del 30 dicembre 2008 con DGRV 4199, in applicazione della L.R. n. 3 del 03.01.2005 “Disposizioni sulle terapie complementari (Terapia del sorriso e Pet Therapy)”. Nell’ambito el Progetto è stato costituito un GRUPPO DI LAVORO per la stesura del MANUALE OPERATIVO REGIONALE.

(scaricabile dal sito:
[www.pet.therapy.veneto.it/download/Manuale Operativo Regionale.pdf](http://www.pet.therapy.veneto.it/download/Manuale%20Operativo%20Regionale.pdf)).

Si allega in copia.

L’Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia rimane a disposizione della III Commissione permanente per qualsiasi altro chiarimento ed approfondimento.

Tel. 040 366602

Fax . 040 3478373

Mail: psicofvg@tin.it

Trieste, 16 gennaio 2012

Il Presidente
dott. Paolo Fusari


Coordinamento Regionale delle Professioni Sanitarie Friuli Venezia Giulia

AL Presidente III Commissione Permanente
Dott. Giorgio Venier Romano

Ai componenti III Commissione Permanente

Proposta di legge n. 154 "Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (per therapy)" - osservazioni

Il Coordinamento delle Professioni Sanitarie e Sociale del FVG apprezza la scelta di coinvolgimento di questo organismo costituitosi proprio per rappresentare un interfaccia nei contatti con le istituzioni regionali, produrre sintesi, posizioni condivise e semplificare i rapporti, sia in sede di programmazione che di decisione politica, sui temi di politica socio sanitaria.

Si giudica condivisibile l'obiettivo di "regolamentare compiutamente la materia" e "promuovere le attività di pet therapy" provvedendo a disciplinarne ambiti e modalità di intervento e superando lo "spontaneismo" oggi esistente in questo settore di attività.

Così come pare corretta la distinzione, nella definizione proposta all' art 2, tra attività e terapie sottolineando nel contempo il significato non esclusivo, ma "co-terapeutico" di questi interventi.

Se questo è l'assunto più significativo del provvedimento particolare attenzione andrà posta alla definizione di criteri di accesso basati – soprattutto per la parte terapeutica - sulle evidenze disponibili in letteratura e su criteri di appropriatezza ricordando che pare ancora attuale quanto affermato nel 2005 da Comitato Nazionale per la Bioetica cioè che la "terapia assistita con animali, è allo stato attuale in molte sue applicazioni un'ipotesi di lavoro che attende adeguate verifiche con metodologia scientifica e che merita un sostegno pubblico solo nell'ambito di progetti di ricerca".

In questo senso nel provvedimento può essere osservato nel maggior dettaglio come:

1. sia assente il tema della certificazione del bisogno e dei soggetti titolati alla segnalazione dei casi (MMG, Servizi Sociali, Strutture del SSR...) che vanno considerati elementi essenziali di un approccio improntato al rigore metodologico
2. non venga chiarito se i soggetti accreditati gestiscano le attività su liste proprie o in maniera coordinata nei rispettivi territori
3. tra i luoghi deputati allo svolgimento delle attività identificati all' art. 4 in riferimento alle fattorie socio-terapeutiche e didattiche andrebbe specificato il collegamento con il regolamento ERSA e con le sperimentazioni in corso nelle ASS 4, 5 e 6 sulle fattorie sociali
4. sia utile approfondire – fatto salvo il doveroso coinvolgimento dei Servizi Veterinari - quale possa essere il ruolo delle ASS magari operando una indagine conoscitiva sulle esperienze che risultano avviate in alcuni territori della regione (es Trieste e Pordenone)

**A.I.D.I. - A.I.FI. - A.I.Or.A.O. - A.I.P. - A.I.T.A. - A.I.T.N. - A.I.T.O.
A.N.A.P. - A.N.D.I.D. - A.N.E.P. - A.N.Pe.C. - A.N.T.E.L. - A.N.U.P.I.
As.N.A.S. - CROAS - F.I.Te.Lab. - F.L.I. - T.S.R.M. - U.N.I.D. - U.N.P.I.S.I.**

Coordinamento Regionale delle Professioni Sanitarie Friuli Venezia Giulia

5. sia sulle cosiddette attività che sulle terapie si pone un problema di governo complessivo che soprattutto per la parte terapeutica non può essere affidato al solo rispetto delle previste linee guida ma va posta in capo alle strutture del SSR
6. alla luce di queste considerazioni sia utile suggerire una riflessione sulla composizione della Commissione istituita dall' art. 4 ritenendo in particolare sia più appropriato prevedere al punto g) "un professionista della riabilitazione" in coerenza con i criteri di composizione dei gruppi di lavoro multidisciplinare di cui all' art. 8

Nel consegnare queste osservazioni alla benevola attenzione dei componenti della 3° commissione del Consiglio Regionale si auspica infine il coinvolgimento del Coordinamento regionale delle Professioni Sanitarie e Sociale del FVG anche nel percorso di identificazione dei componenti della Commissione regionale prevista all' art. 4.

p. Il Coordinamento Reg delle Professioni Sanitarie
Susanna Agostini

Susanna Agostini

A.I.D.I. Associazione Igienisti Dentali Italiani FVG – Giuseppina Baldassi
A.I.F.I. - Associazione Italiana Fisioterapisti – FVG – Giorgio Sirotti
A.I.Or.A.O. – Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in Oftalmologia - FVG - Iliana Cuiutti – Lucia Parisi
A.I.P. – Associazione Italiana Podologi - Marco Piacentini
A.I.T.A. – Associazione Italiana Tecnici Audiometristi – Triveneto - Palmerino Talarico - Silvia Turrendi
A.I.T.N. – Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia – FVG – Mauro Semenic
A.I.T.O. – Associazione Italiana Terapisti Occupazionali – FVG – Francesco Favero - Mirna Pizzoni
A.N.D.I.D. - Associazione Nazionale Dietisti – FVG - Susanna Agostini – Adelina Zanella
A.N.A.P. – Associazione Nazionale Audioprotesisti Professionali – Claudio Mariuzzo
A.N.E.P. – Associazione Nazionale Educatori Professionali – FVG - Corrado Ciccarella
A.N.Pe.C. – Associazione Nazionale Perfusionisti in Cardioangiochirurgia – Maddalena Tessari
A.N.U.P.I. – Associazione Nazionale Unitaria Psicomotricisti Italiani – Triveneto – Gianmario Fiorin
ANTEL – Associazione Nazionale Tecnici di Laboratorio – Carla Fasson e Danilo Pennetta
As.N.A.S. – Associazione Nazionale Assistenti Sanitari – FVG – Daniela Bais
CROAS – Consiglio Nazionale Ordini Assistenti Sociali – Adriana Bressan
F.I.Te.Lab – Associazione Nazionale Tecnici di Laboratorio – FVG - Daniele Nigris
F.L.I. – Federazione Logopedisti Italiani - Triveneto – Roberta Francescato
T.S.R.M. – Collegio Professionale Interprovinciale FVG - Carmelo Attinà – Gianfranco Brusadin
U.N.I.D. – Unione Nazionale Igienisti Dentali – Bin Karin
U.N.P.I.S.I. – Unione Nazionale personale Ispettivo Sanitario d'Italia – FVG - Carlo Bolzonello

**A.I.D.I. - A.I.F.I. - A.I.Or.A.O. - A.I.P. - A.I.T.A. - A.I.T.N. - A.I.T.O.
A.N.A.P. - A.N.D.I.D. - A.N.E.P. - A.N.Pe.C. – A.N.T.E.L. - A.N.U.P.I.
As.N.A.S. – CROAS - F.I.Te.Lab. - F.L.I. – T.S.R.M. – U.N.I.D. - U.N.P.I.S.I.**



A.S.D. Cinofiliamo Educazione Gentile

34170 Gorizia – Str. Della Mainizza 248

www.cinofiliamo.it - cinofiliamo@hotmail.it

cf: 91028120318



Gorizia, 16 gennaio 2012

Oggetto:

P.D.L. 154: “ **Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (pet therapy)**”

10° legislatura

Audizione del 17 gennaio 2012

Osservazioni:

L'Associazione Cinofiliamo di Gorizia esprime vivo compiacimento per iniziativa legislativa proposta. Ritiene che essa rappresenti un primo riconoscimento a livello regionale di un'attività sociale e assistenziale che ha già trovato nell'ambito territoriale della nostra regione un esercizio proficuo utile e qualificante e che di fatto costituisce già un'esperienza soddisfacente per l'Associazione che rappresento.

Le uniche osservazioni che ci sentiamo di presentare qui, riguardano in sostanza solo l'art. 4 del Progetto di Legge rubricato “**commissione regionale per la terapie e le attività assistite dagli animali**”.

In particolare proponiamo di espungere dall'elenco dei componenti della commissione le seguenti figure:

- a) un medico con esperienza nell'ambito delle TAA e AAA;
- d) un etologo con competenza in pet therapy;
- f) un counselor con esperienza nell'ambito delle TAA e AAA;

Tali figure dovrebbero a nostro parere venire sostituite:

per quanto riguarda la lettera a) con “un veterinario esperto in comportamento specializzato in animali da reddito”;

la lettera f) da “un educatore scolastico o pedagogo”.

Mentre per quanto riguarda la lettera l), concernente “un addestratore specializzato in TAA e AAA” proponiamo di specificare che l'addestratore sia specializzato sia per la specie equina sia per la specie canina, per cui la figura si sdoppierebbe.

Le motivazioni degli emendamenti proposti rispondono all'esigenza di dare concreta operatività alla commissione introducendo figure professionali indispensabili per garantire la conoscenza delle maggiori fattispecie di animali coinvolte: cavallo, asino, cane; nonché eliminare la figura del counselor ritenendola inutile e dispendiosa nell'ambito di un organismo già completo di validi esperti. Riteniamo molto più concreta e tecnica la presenza di un esperto educatore, conoscitore della psicologia e delle esigenze del bambino, per le attività di pet therapy in ambito scolastico, figura non inserita nella presente norma.

Per quanto riguarda la figura dell'etologo si rileva che tale professionista studia il comportamento degli animali in natura e non nell'ambito di attività educative e domestiche e che quindi risulterebbe in questo testo normativo acontestuale ed eventualmente la

ripetizione dell'esperto previsto nella lettera c).

Pertanto gli emendamenti che si propongono sono i seguenti:

EMENDAMENTI

PDL 154

<<Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali (pet therapy)>>

All'Articolo 4 sono apportate le seguenti modifiche:

1. La lettera a) del comma 1 è sostituita dalla seguente:

<<a) un veterinario esperto in comportamento specializzato in animali da reddito e con competenza in pet therapy>>;

2. Alla lettera b) del comma 1 sono aggiunte, dopo la parola “animale”, le parole <<specializzato in animali da compagnia>>;

3. la lettera d) del comma 1 è soppressa;

4. La lettera f) del comma 1 è sostituita dalla seguente:

<<f) un educatore scolastico o pedagogo>>;

5. Alla lettera l) del comma 1 sono aggiunte, dopo la parola “specializzato”, le parole <<per ciascuna specie animale ammessa>>.

**Con osservanza
Il Presidente**



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE
FACOLTÀ DI PSICOLOGIA
via Sant'Anastasio 12, 34134 Trieste
tel. 040 558 2718 – fax 040 4528022

17 gennaio 2012

Al Presidente della III Commissione permanente
Consiglio della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Oggetto: Audizione del 17 gennaio 2012 sulla proposta di legge n. 154.

Ringraziando per l'invito a partecipare all'audizione in oggetto, invito che accolgo con piacere, trasmetto le seguenti osservazioni preliminari sul testo di legge.

1. Termine "pet therapy"

Va valutata l'opportunità di abbandonare totalmente il termine "pet therapy" a favore dei termini TAA e AAA. In ogni caso, qualora si decidesse di mantenere il termine "pet therapy" come etichetta generica (comprensiva di TAA e AAA), le disposizioni esecutive andrebbero uniformate utilizzando sempre i termini TAA e AAA. Andrebbero per esempio modificati i commi 1b dell'art.5 e 2b dell'art. 7.

2. Ambito delle TAA

Va verificato che le TAA, come da definizione al comma 3° dell'art. 2, siano sempre configurate come prestazioni erogate da professionisti abilitati. Va tenuto presente che la legge in oggetto costituirà un riferimento per le competenze attribuite a diverse figure professionali.

3. Progetti di formazione (art. 9)

L'art. 9 andrebbe integrato prevedendo che la Giunta regionale sostenga con opportuni finanziamenti sia i progetti di TAA e AAA (questo è un altro punto in cui appare opportuno eliminare il termine pet therapy) sia i progetti di formazione di operatori nei settori delle TAA e AAA. In tal modo verrebbe attuato quanto previsto dall'art. 7, in cui si prevede che la Regione promuova la formazione e l'aggiornamento professionale di detti operatori.

Riservandomi di discutere eventuali altri punti nel corso dell'audizione e di trasmettere in un secondo momento una memoria dettagliata, invio i più cordiali saluti,

Prof. Walter Gerbino
Preside
gerbino@units.it

"VASULMUS SS Società Agricola
di Gemetti Tiziana e Stocco Ersilio"
via Della Filanda, n° 6 frazione Mels
33010 Colloredo di Monte Albano (UD)
P.I.: 02562950309
e-mail: sbilfs@asino.fvg.it
tel. 0432 888941

Alla Segreteria della III Commissione permanente
Del Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia
Piazza Oberdan, 6
Trieste

Colloredo di M. A. 15 gennaio 2012

Oggetto: audizione in merito alla proposta di legge n. 154

Da tempo nella nostra Regione Friuli Venezia Giulia si sente la necessità di una legge che, alla pari di altre regioni del nostro Paese, stabilisca una regola, una norma comune in materia di terapia e attività assistita da animali.

La proposta di legge n. 154 "Norme in materia di terapia e attività assistite da animali (pet therapy)" che andrà a colmare questo vuoto è positiva nei contenuti e nell'impianto della legge stessa che a grosse linee adotta lo schema già collaudato in altre Regioni d'Italia.

Pur tuttavia desidero proporre alcune osservazioni in merito.

All'art. 1 (finalità) chiedo che venga aggiunto anche il riconoscimento di un'azione finalizzata a migliorare la qualità della vita ed il benessere della persona nella vita di relazione con la società ed il mondo che lo circonda. Sempre più spesso l'emarginazione sociale dovuta alla frenesia ed alla competitività della vita che conduciamo porta le persone ad isolarsi. La relazione con gli animali, non necessariamente inclusa in una attività terapeutica ma di semplice contatto o frequentazione, aiuta a mantenere il giusto equilibrio.

All'art. 3 (ambienti applicativi) si legge, fra gli altri, = fattorie socio-terapeutiche e didattiche =. Mi soffermo sulla prima definizione e cioè fattorie socio-terapeutiche che significherebbe fattorie sociali e/o fattorie terapeutiche e viceversa, è un elemento nuovo, è una ulteriore aggiunta alla multifunzionalità della fattoria, che altro non è che una azienda agricola o una attività agricola.

In passato, per altri versi, alla funzione di azienda agricola frutto della diversificazione e della multifunzionalità, si è aggiunto fattoria didattica, fattoria sociale e agrituristica.

Bene è positivo, ben venga una ulteriore aggiunta di funzioni (parlo naturalmente della funzione di fattoria terapeutica o socio-terapeutica come è scritto) alla attività agricola ma attenzione a non fare (con rispetto permettetemi) il solito pastrocchio, va definito bene cosa si intende e cosa è una fattoria socio-terapeutica e non ricorrere alla formula della equiparazione come si è fatto per la definizione della fattoria sociale equiparandola alla fattoria didattica con un piccolo aggiustamento negli obiettivi indirizzati alle attività per gruppi di persone disabili.

Permettetemi un piccolo inciso: la vera fattoria sociale non è una fattoria didattica per disabili (così come la nostra regione ha legiferato) ma un luogo dove sviluppare una vera impresa agricola sociale in grado di creare lavoro protetto alle centinaia di persone inabili e svantaggiate che non sono collocabili con le attuali forme di lavoro anche di tipo cooperativo sociale attualmente in essere; si tratta per lo più di persone che gravano su famiglie e sulle strutture sociosanitarie della nostra regione con disagi e disabilità di tipo fisico, psichico, psichiatrico o altro ancora che si aggravano e si ammalano di noia e di mancanza di gratificazione e motivazioni per vivere e alzarsi dal letto ogni mattina.

All'art. 6 (scelta degli animali ammessi) nello specificare l'osservazione a questo articolo mi riferisco alla specie animale di mia conoscenza e competenza che è **l'asino**.

Ammettere ai programmi di attività assistita asini che abbiano appena superato l'età di dodici mesi è molto rischioso in quanto la normale evoluzione della fase di crescita di questo animale è rappresentata proprio da una instabilità emotiva e caratteriale nei primi tre anni di vita che si stabilizza generalmente, naturalmente va valutato poi bene da soggetto a soggetto, dal quarto anno in poi.

In merito propongo che la definizione dell'età minima degli animali ammessi ai programmi di attività assistita debba tener conto delle caratteristiche di ogni tipo di animale ammesso.

Inoltre questo articolo manca della definizione del tipo di animale ammesso all'impiego nelle attività assistite che per quanto riguarda gli equidi va specificato che sono l'asino ed il cavallo e non certamente la zebra, il mulo o il bardotto.

Per finire concedetemi di segnalare un paio di cose che non sono state considerate nella presente proposta di legge ma che chiedo vengano prese in considerazione parlando di benessere animale che riferite nello specifico all'asino (ma si possono certamente ritrovare tutti i tipi di animali coinvolti) sono:

nei criteri di ammissibilità ai programmi di attività va richiesto che l'asino deve avere una comprovata e documentata storia di vita fin dalla nascita in ambiente sereno e privo di costrizioni, abusi, violenze o ogni altra forma di sofferenza;

gli asini devono provenire da allevamenti con comprovata esperienza nell'applicazione dei criteri di benessere e di vita sociale della specie come ad esempio la relazione con la madre che non deve essere interrotta per nessun motivo prima del compimento del dodicesimo mese di vita;

riconoscere all'animale coinvolto il diritto alla morte naturale e quindi al resto della vita di fine carriera in ambiente naturale protetto e libero;

all'animale devono essere riconosciute e garantite condizioni permanenti di benessere o meglio di incremento al benessere anche durante le fasi di inattività e dopo la fine del protocollo per tutta la vita.

Grato per l'opportunità, con i migliori auguri.

Per la Società Agricola VASULMUS

Ersilio Stocco



Proposta di legge n. 156

"Norme in materia di gestione degli accessi non critici al pronto soccorso"

COMMISSIONE III (17 gennaio 2012 h 16)

Si prega di scrivere i nomi in stampatello

NOME COGNOME	SOGGETTO RAPPRESENTATO
GIUSEPPE GIACOMORIO	Seg. regionale UIL FPL Medici
ZANENI' CUCIANO	AUR. GEN. AOSTA
STREZZO WICHAO	SIMEU -
CALEI MARIO	SIMEU
CARLO FAVARETTI	DG - AOU - UDINE
Fella Pirella Fernando	UIL F.V.G.
Roberto Antonin	CITTA' DI UDINE T.D.T.
Carlo Barua	Seg. Reg. Cittadini Udine
Paolo Barua	CAPLA F.V.G.
Roberto Barua	" ANP CIA
Roberto Barua	" UPA -

NOME COGNOME	SOGGETTO RAPPRESENTATO
Lulian- Giuseppe МАУРА МЕІАТУ	Confederazione SO per IDCCS "BURI"
FLAVIO PAOLETTI	IPASVI RENOVALE
ROS GEORGIO	ASS 4
GIOVANNI ZANUZZINI	CONFISAL FVG
FABIO PODORSCHNIK	FIALS-CONFISAL
ELVIO DI LUCENTE	CISL FVG
PIERANGELO FORTA	CISL FP FVG.
FERLIZIO MARALDI	FP CCIL FVG
OLIVO ORIENTA	CCIL FVG
CARMELA STERNETTINI	CCIL FVG
IRILE LATINI ALESSANDRO	CCIL FP MEDICI FVG
MARISA RENATA SUSANNA	FMP- CISL Reg.le.
FABIO SAMANI	ASS A
ARABULLA GIAMLUCA	MURSIND FVG.
DENIS DEURU	MURSIND FVG
ARIIS PATRICK	MURSIND FVG
FANZUTTO ALESSANDRO	Dir. Centre - Salute
Belfiore ANTONIO	" " "
BERTOLI NARCO	ASS 2 ISONTINA

NOME COGNOME	SOGGETTO RAPPRESENTATO
Paolo Casan	FSI USAE
Walter Decker	" "
Franco Casan	" "



Segreteria Regionale del Friuli Venezia Giulia

Via Crispi, 5 – 34125 Trieste

Tel. 040/7606411 Fax. 040/763800

email: info@uglfgv.it

Audizione III Commissione Permanente del Consiglio Regionale del F.V.G.

Trieste, 17 gennaio 2012

Signor Presidente, Egregi Consiglieri regionali,

a nome della **UGL Sanità del Friuli Venezia Giulia** ringrazio per l'invito rivoltoci a questa audizione per fornire una analisi in merito alla situazione gestionale della sanità e dell'assistenza regionale.

L'**UGL** valuta positivamente l'iniziativa del Consiglio Regionale di voler regolamentare, attraverso una sua legge, gli accessi al Pronto Soccorso in regime di codice bianco.

Quello che la nostra O.S. vuole puntualizzare è che una seria analisi delle problematiche che 'ingolfano' i Pronto Soccorso della nostra regione deve partire da questo presupposto: gli "Atti Aziendali" delle singole Aziende Ospedaliere, definiscono concretamente la presenza di un 'Dipartimento dell'Emergenza' che comprenda le funzioni di Pronto Soccorso, Neurochirurgia, Rianimazione, Medicina d'urgenza e 118 (allocato all'interno del Territorio)? La risposta, purtroppo, è negativa. Questa, a nostro giudizio, è una mancanza che dovrebbe essere sanata al più presto in modo da rendere più responsabilizzati i Direttori Territoriali.

Altrimenti, bisognerebbe trovare una soluzione al totale ingolfamento dei Pronto Soccorso portando l'assistenza a livello domiciliare 24 ore su 24, creando così una situazione di filtro attraverso la medicina di base che prevenga un inutile accesso all'ospedale, tutelando il malato non grave direttamente a casa sua attraverso un deciso sistema di assistenza domiciliare integrata. Questa soluzione, però, non può essere raggiunta senza il deciso potenziamento, in termini di risorse non solo umane ma anche di competenze in materia di prevenzione, delle Aziende Territoriali.

Venendo all'analisi del documento legislativo, portiamo alla Vostra attenzione le seguenti osservazioni sul testo in esame:

- L'**art. 3** prevede la predisposizione di un percorso diversificato di accesso alla struttura ospedaliera. L'allarme che l'UGL muove a questa previsione legislativa è: logisticamente come potrebbe essere sostenibile tale scelta dalle attuali strutture regionali?
- L'**art. 4** prevede la creazione di un ambulatorio '*sui generis*' per la gestione dei 'codici bianchi'. Confermando in ogni caso la necessità di regolamentare al meglio tali accessi per rendere più agevole il ricorso al P.S. da parte dei pazienti, così facendo si correrebbe il rischio di impoverire la struttura esistente del Pronto Soccorso stesso, già carente di risorse, perché inevitabilmente si verrebbero a sottrarre energie alla gestione del Pronto Soccorso.

Inoltre, permettendo una apertura 7 giorni su 7 per un minimo da 4 a 12 ore al giorno dell'ambulatorio (**comma 4**) aprendo a prestazioni di tipo autonomo da parte dei professionisti sanitari (**comma 5**), si potrebbe correre il rischio di una flessibilizzazione dei rapporti di lavoro di nuova costituzione, con presumibile precarizzazione del lavoro, senza contare la possibilità di esternalizzazione dell'assistenza.

Le previsioni del **comma 2**, inoltre, potrebbero divenire insufficienti perché fra l'arrivo del paziente al Pronto Soccorso e l'attribuzione del 'codice bianco', potrebbe intercorrere un lasso di tempo superiore alle due ore - ad esempio nel caso di un forte afflusso di pazienti - vanificando sostanzialmente gli effetti di questa legge.

- L'**art. 6** invece prevede che la creazione di questo ambulatorio all'interno del Pronto Soccorso, renderebbe attiva la disposizione legislativa prevista dall'art. 1 comma 796 lett. p) della legge 27 dicembre 2006 n. 296, imponendo il pagamento della quota di partecipazione pari ad € 25,00 a carico del paziente in regime di codice bianco, cosa che non sarebbe accaduta se il paziente non fosse transitato per il Pronto Soccorso ma attraverso un filtro ambulatoriale di tipo territoriale.

Pur condividendo la filosofia di fondo dell'intervento legislativo in questione e della necessità di potenziare e razionalizzare gli interventi di Pronto Soccorso, crediamo sia necessario intervenire subito sulle strutture di *'triage'* in quando nessuna struttura ospedaliera regionale, allo stato attuale, può essere in grado di creare percorsi alternativi che non intasino il Pronto Soccorso dedicato alle sole emergenze vere.

**La Segreteria
dell'UGL Sanità - Friuli Venezia Giulia**



FRIULI VENEZIA GIULIA

34129 Trieste - Via Vidali, 1

tel 040-662003 fax 040-768844

mail: cgil@fv.gil.it

sito internet: www.cgilfv.gil.it

Trieste, 16 gennaio 2012

Alla Terza Commissione Permanente

OGGETTO: memoria su PDL 156 “norme in materia di gestione degli accessi non critici al Pronto Soccorso”

Un utilizzo del Pronto Soccorso da parte della cittadinanza, dove il 50 % degli accessi è classificato, con l’attribuzione del codice colore, come “bianco”, può essere considerato un problema.

Bisogna allora chiedersi perché la popolazione con un problema di salute si appropria ad un servizio che per definizione deve assicurare interventi urgenti, piuttosto che utilizzare altri servizi del Sistema Sanitario (MMG-PLS-Distretto, ecc.)

E’ abbastanza intuitivo capire che l’utilizzo del PS è conseguente ad un riscontro vissuto come inadeguato o poco adeguato di quei servizi territoriali che dovrebbero essere in grado di dare risposte ai cittadini e che la sinergia fra territorio ed ospedale non è così efficiente dato che i tempi d’attesa per una prestazione diagnostica o specialistica, che magari risultano essere compresi nei range previsti dalla normativa, sono comunque percepiti come esasperanti per gli utenti.

Un accesso al PS, seppur in codice bianco, ha il vantaggio di un ritorno a domicilio con indagini e visite specialistiche già eseguite, seppur con lunghe ore di attesa.

Pertanto favorire l’utilizzo del PS dedicando espressamente un ambulatorio a chi ha dei problemi da classificare come codice bianco, pare anti-educativo nei confronti della popolazione su cui il SSR ha anche il dovere di attuare un’educazione sanitaria.

Inoltre, per la legge del mercato che regola ormai anche il servizio pubblico, aumentare l’offerta determina un conseguente aumento della domanda, nel senso che, questa scelta a nostro avviso, favorirà la scorretta abitudine di bypassare il proprio medico curante.

Scendendo nel dettaglio della legge si aggiunge che:

- L’ambulatorio non avrà un carattere strutturale poiché sottoposto a verifica ogni tre mesi, pertanto, potrebbe accadere che il Direttore Generale non confermi la sua attivazione in qualche trimestre: ciò porterebbe una maggior confusione nell’utenza.
- E’ impensabile attivare questo ambulatorio distraendo figure professionali dai PS che soffrono quasi costantemente la carenza di personale. Pertanto si dovrà ricorrere a

prestazioni aggiuntive o alla stipula di contratti/convenzioni nell'ambito del lavoro autonomo che avranno comunque un costo per il SSR. Il fatto poi che quest' ambulatorio non avrà carattere strutturale, nel caso in cui a lavorarvi ci sarà del personale in regime di lavoro autonomo, determinerà una marcata precarietà del professionista che fornirà la sua opera, sia esso medico o infermiere.

- Nella PDL ci si dilunga sulla modificazione della compartecipazione del cittadino alla spesa e sembra che tale cambiamento sarà conseguente all'applicazione di questa legge, mentre sappiamo bene tutti che in questa Regione si applica l'art. 1, c. 796, lettera p) della legge 296/2006, già dal luglio scorso, cioè da quando il precedente governo ha predisposto la manovra di luglio (l.111/2011).

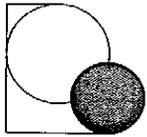
Per i motivi sopra elencati la CGIL ritiene che il problema dell'eccessivo numero di accessi in codice bianco ai Pronto Soccorso della regione vada affrontato in modo diverso e più organico, attraverso:

- ✓ Un incremento dell'offerta territoriale
- ✓ Una maggior integrazione con i MMG e PLS che devono poter garantire una maggior offerta in termini di orario di apertura dei propri ambulatori
- ✓ Ricorso ai "percorsi brevi" all'interno dei PS che permettono la riduzione dei tempi d'attesa proprio ai codici bianchi
- ✓ Una corretta e congrua dotazione organica dei pronto soccorsi della Regione.

Dove la dotazione organica è adeguata e i percorsi brevi sono attivati, i tempi d'attesa sono anch'essi congrui.

Per finire, se si decide di investire risorse economiche sul SSR, cosa che auspichiamo da tempo, queste non devono servire per creare posti di lavoro autonomo, a carattere privatistico e precario, o servizi che non siano strutturali, ma per potenziare e migliorare i servizi che ci sono rendendoli sempre più efficienti ed efficaci.

p. La Segreteria Regionale
O. Olivo



BURLO

Direzione Generale

Prot.

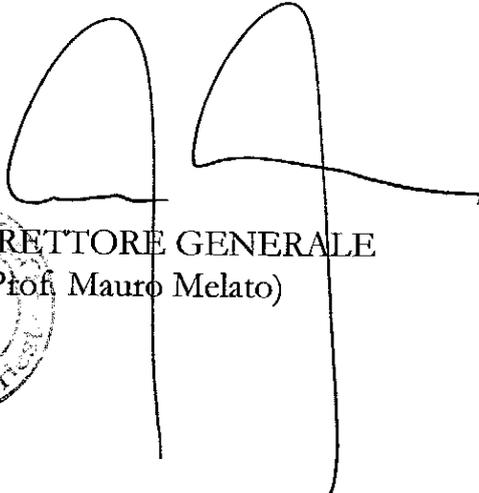
Cl.

Trieste,

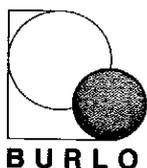
Alla Segreteria
della III Commissione permanente

In vista dell'incontro che si terrà il 17 gennaio c.a. si trasmette in allegato il parere elaborato dal dott. Egidio Barbi, Direttore della S.C. di Pronto Soccorso, che l'Istituto fa proprio.

Cordiali saluti.


IL DIRETTORE GENERALE
(Prof. Mauro Melato)





Trieste,

Prot. Cl.

Considerazioni sulla proposta di legge "Ambulatorio per codici bianchi" .

L'assistenza pediatrica in regione si caratterizza per la presenza capillare di una rete di Pediatri Convenzionati ("pediatria convenzionata territoriale") e per la presenza di un numero assolutamente rilevante di presidi ospedalieri con reparti di pediatria annessi.

La presenza di una pediatria di base e ospedaliera quantitativamente e qualitativamente forti in regione fanno sì che sia la qualità che la accessibilità dell'assistenza pediatrica siano di fatto molto buone. A queste strutture si aggiungono le strutture di assistenza territoriale (distretti, assistenza domiciliare integrata) ugualmente ben rappresentate nella nostra realtà.

In queste condizioni il fulcro dell'assistenza sia del bambino con bisogni acuti non severi, sia del bambino con patologia cronica, si pone, come atteso da tutte le linee guida sanitarie sul territorio, al di fuori dell'ospedale .

L'ospedale infatti resta come punto di riferimento per le patologie complesse bisognose di degenza e per l'attività diagnostica e terapeutica specialistica.

In sostanza lo sforzo gestionale dell'assistenza pediatrica è finalizzato ad una de-ospedalizzazione ed a una domiciliarizzazione dell'assistenza in cui il pediatra convenzionato gioca un ruolo cruciale garantendo una fondamentale continuità assistenziale (il bambino è seguito fin dalla nascita) e, facendo da interfaccia con le strutture specialistiche di riferimento. In questo senso sono in corso rilevanti sforzi organizzativi da parte della Regione per potenziare l'attività della pediatria di base : associazionismo, ampliamento dell'offerta oraria ambulatoriale etc..

In questo contesto assistenziale il Pronto Soccorso Pediatrico dell'Istituto per l'Infanzia Burlo Garofolo ha erogato negli ultimi 5 anni un numero in lieve incremento di prestazioni (22000 accessi circa), con tempi medi di attesa sia per codici verdi che per codici bianchi inferiori all'ora con una percentuale di codici bianchi che attendono più di due ore inferiore al 30% .

In questo quadro di riferimento la proposta di legge in questione, pur essendo particolarmente meritoria nel tentativo di migliorare la qualità dell'assistenza per l'utente, trova poco spazio concreto.

Di fatto allo stato delle cose, per quanto riguarda l'assistenza pediatrica, una ulteriore offerta di assistenza in regime ospedaliero (ambulatorio dei codici bianchi) rischierebbe di creare un doppione rispetto all'assistenza della pediatria di famiglia, di essere ridondante in termini di offerta, gestionalmente molto difficile da organizzare nella specifica realtà assistenziale attuale dell'Istituto (reperimento di spazi dedicati, reperimento di personale necessario, reperimento di risorse necessarie). In dettaglio potrebbe essere anche particolarmente ridondante la presenza di una infermiera in questo contesto per l'esecuzione di una attività medica ("codice bianco") normalmente svolta dal medico di famiglia nel proprio ambulatorio. In particolare poi la collocazione in ospedale di una simile struttura potrebbe comportare il rischio di rafforzare la percezione impropria da parte dell'utente dell'ospedale come punto di riferimento primario per l'assistenza di qualsiasi patologia tout court, anche banale, rendendo più difficile la continuità assistenziale ed il corretto rapporto di fiducia con il pediatra convenzionato.

Il rischio della proposta di legge, così come proposta, in ambito pediatrico è quello di prevedere un potenziamento di attività improprie in area ospedaliera che contrasta fortemente con le conoscenze in questo campo e si propone di indirizzare le risorse sulle attività inappropriate e di basso rischio, in aperto contrasto con gli indirizzi della organizzazione sanitaria ed in particolare della disciplina pediatrica.

Non è infatti escludibile che l'ambulatorio dei codici bianchi possa trasformarsi in breve tempo in una struttura ulteriore e assorbire risorse, sottraendole alle attività proprie.

Per contro la proposta in questione potrebbe essere ragionevole se gestita completamente e al di fuori dell'area ospedaliera dalla medicina territoriale nelle fasce diurne, affrontando – assieme ai codici bianchi – la traumatologia minore. A questo scopo andrebbe ipotizzato lo sviluppo di un ambulatorio condiviso da Medici di Medicina generale e Pediatri Convenzionati. .

Direttore
S.C. Pediatria d'urgenza con
servizio di Pronto Soccorso
dott. Egidio Barbi

Palmanova, 12.01.2012

Con riferimento alla proposta di legge n. 156/2011 relativa a “Norme in materia di gestione degli accessi non critici in Pronto Soccorso” si rileva quanto segue:

- L’attesa protratta in PS è un problema rilevante sia per il paziente, che può dover attendere ore una prestazione in condizioni di relativo disagio, sia per l’organizzazione sanitaria, che si trova in condizioni di difficoltà nel gestire l’affollamento di utenti.
- Tale problema deve essere considerato nel più complesso tema della gestione delle necessità cliniche urgenti ed emergenti della popolazione, e inquadrato tra le risposte che il sistema territoriale ed ospedaliero è in grado di fornire alle diverse problematiche.
- Allo stato attuale è documentabile un ampio utilizzo non appropriato del PS, riconducibile sia a carenze di educazione sanitaria nella popolazione, sia a limiti di accessibilità da parte del paziente all’ambulatorio del Medico di Medicina Generale ed ai tempi di attesa protratti per le consulenze specialistiche.
- Un approccio basato sull’attribuzione del “codice bianco” in PS per definire soluzioni organizzative dei Dipartimenti di Emergenza non è corretto, in quanto il codice colore attribuito all’accoglimento in PS ha l’unico scopo di determinare la priorità di accesso alla presa in carico e non di definire l’appropriatezza del percorso da offrire al paziente. Di fatto il paziente con codice bianco può avere complessità molto diverse, tali da richiedere anche il ricovero, e non sempre può trovare adeguata risposta presso l’ambulatorio del medico di medicina generale.
- L’attuale organizzazione dei Pronto Soccorso regionali è basata su specifiche abilità professionali infermieristiche e mediche rivolte a dare risposte coerenti con il contenuto clinico dei problemi degli utenti. Si tratta di professionisti capaci di stratificare la gravità clinica del paziente tutelandone costantemente la sicurezza e di individuare percorsi di cura adeguati, adottando un ampio numero di soluzioni organizzative rivolte al recupero di efficienza ed appropriatezza dei percorsi (percorsi brevi, ambulatori assistenziali, osservazione temporanea, trasporto protetto a centri di riferimento per specifica patologia).
- I modelli organizzativi individuati dai professionisti coinvolti anche in carenza di una chiara programmazione regionale (Piano dell’Emergenza), hanno permesso di mantenere nel complesso elevati livelli di garanzia per i cittadini pure in un contesto di carenza di risorse disponibili e di un aumento della complessità delle problematiche sanitarie e sociali in una popolazione in progressivo invecchiamento
- Lo strumento della legge regionale è orientato a definire le disposizioni di politica sanitaria di ampio respiro, al fine di garantire il diritto alla salute del cittadino. Una legge regionale che focalizzi il suo intervento su un aspetto parziale, organizzativo, definendone le soluzioni tecniche senza consultare i professionisti coinvolti e senza tener conto della complessità generale e della specificità delle singole strutture, rischia semplicemente di introdurre ulteriori disequilibri.
- Ampliare l’offerta di prestazioni sanitarie di competenza del territorio in ambito ospedaliero favorisce percorsi di utilizzo inappropriato della struttura in contraddizione alla valorizzazione del territorio come luogo privilegiato di gestione dei problemi di salute
- L’applicazione della legge 156 comporterebbe l’allocazione di risorse economiche in attività non prioritarie ed esterne ai Dipartimenti di Emergenza che nel contesto regionale lavorano in condizioni di rischio per carenza di dotazione di personale

In considerazione delle osservazioni esposte si ritiene che la proposta di legge n 156 non sembra costituire un ulteriore strumento di governo del problema dell’attesa dei pazienti in Pronto Soccorso, in quanto

SEZIONE REGIONALE FRIULI VENEZIA GIULIA

considera solo un aspetto puntiforme della complessità relativa alla gestione della domanda di salute del cittadino e rischia di introdurre elementi di squilibrio, ma soprattutto di ulteriore inappropriatezza.

A nome dei Direttori dei Pronto Soccorso del Friuli Venezia Giulia

Il presidente della SIMEU-FVG
dott. Luciano Strizzolo



Prot n. 03/12

17 gennaio 2012

Preg. mo Signore
dott. Giorgio Venier Romano
Presidente della III Commissione
permanente del Consiglio regionale
Piazza Oberdan n. 5
34133 TRIESTE

Preg. me/i Signore/i
Componenti della III Commissione
permanente del Consiglio regionale
Piazza Oberdan n. 5
34133 TRIESTE

Inviata via e - mail alla Segreteria
della III Commissione:
mauro.negro@regione.fvg.it

Oggetto: considerazioni della Segreteria regionale della Confisal del F.V.G. sulla proposta di legge n.156 contenente “Norme in materia di gestione degli accessi non critici al pronto soccorso”

Con riferimento alla proposta in oggetto, la Segreteria regionale della Confederazione dei Sindacati Autonomi dei Lavoratori del FVG espone quanto segue.

La proposta di legge qui esaminata cerca di dare soluzione ad uno dei punti critici, ad oggi non risolti, del nostro sistema sanitario e precisamente alla gestione degli accessi dei codici bianchi alle strutture di “pronto soccorso” della regione, accessi attualmente caratterizzati da tempi di attesa mediamente lunghi.

Ricordato che il problema potrebbe essere affrontato anche con altri strumenti quali la creazione delle Unità Territoriali per l’Assistenza Primaria, oppure mediante la ricerca di un diverso e più sinergico rapporto tra la struttura ospedaliera ed i medici di base, la scrivente, nel sua valutazione, si attiene al testo qui proposto che prevede la creazione di una struttura di pronto soccorso inserita in quella ospedaliera e destinata agli utenti con il codice bianco.

Ciò premesso, questa Segreteria, nel condividere la finalità di “garantire il diritto del cittadino ad un servizio di pronto soccorso con adeguati tempi di accesso”, ritiene opportuno evidenziare alcuni aspetti problematici meritevoli di un approfondimento.

In primo luogo il rispetto delle due ore di cui all’art. 4 tra il momento di attribuzione del codice e quello dell’accesso dell’utente non può essere, di per sé, considerato risolutivo del problema: accade infatti che si creino lunghe attese anche successivamente al momento dell’accesso, in quanto il paziente può comunque attendere molto tempo per l’effettuazione degli esami ritenuti necessari.



Quanto alla questione finanziaria, cui la proposta non fa riferimento, la Confisal ritiene che la riorganizzazione dei servizi di pronto soccorso attraverso la realizzazione di uno specifico ambulatorio richieda adeguate risorse finanziarie.

La scrivente sottolinea, inoltre, come un dato fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi della proposta di legge sia rappresentato dall'elemento umano e precisamente dai medici e dagli infermieri che opereranno nel servizio di pronto soccorso destinato ai codici bianchi.

La sottolineatura, che potrebbe apparire scontata, è legata al fatto che il quarto comma dell'art. 4 prevede di affidare il servizio anche ad operatori che agiscono nell'ambito di un rapporto di lavoro autonomo.

A tale proposito questa Segreteria regionale evidenzia come, a suo parere, l'ipotesi di affidare il servizio a soggetti con un rapporto di lavoro autonomo debba essere considerata residuale.

Pur riconoscendo la professionalità e la competenza di coloro che operano nell'ambito di un rapporto di lavoro autonomo, la scrivente ritiene che la soluzione migliore sia quella di affidare il servizio a personale che, in quanto lavoratore dipendente, è stabilmente "collegato" alla struttura in cui opera.

Infine, con riferimento al sesto comma dell'art. 4, si ritiene che il dato temporale del trimestre sia troppo ristretto e introduca un elemento di precarietà che non giova al servizio stesso.

Ringraziando per l'attenzione, si porgono distinti saluti

f.to Il Segretario regionale
Giovanni Zanuttini

III COMM.**C.A.P.L.A.**

Coordinamento Associazioni Pensionati Lavoratori Autonomi del Friuli Venezia Giulia
c/o A.N.A.P. Via Ronchi, n. 20 - 33100 Udine
Tel. 0432-510659 - Fax. 0432-203239 - E.mail Lermacora@uaf.it

Udine, 15 gennaio 2012

Segreteria della III Commissione
dott. Mauro Negro

Oggetto: PDL. N. 156 - Norme in materia di gestione degli accessi non critici al pronto soccorso.

In riferimento all'audizione sulla proposta di legge indicata in oggetto, comunichiamo le nostre valutazioni.

Esprimiamo la nostra condivisione sugli obiettivi del progetto di legge: garantire al cittadino il diritto al servizio di pronto soccorso, migliorandone l'efficienza e riducendo le attese prolungate.

Proprio per garantire un corretto servizio è necessario che il suo utilizzo sia appropriato e l'accesso ad esso sia riservato a quanti hanno la necessità di un intervento specifico non erogabile da altre strutture istituzionalmente preposte.

La rilevazione del 50% di codici bianchi al pronto soccorso della nostra regione fa emergere un uso non proprio corretto di queste strutture che dovrebbero affrontare emergenze (pronto soccorso, appunto) e non costituisce surrogati ai normali ambulatori.

Per ovviare ai disagi lamentati e alle inefficienze riscontrate, il (PDL. N. 156 - Norme in materia di gestione degli accessi non critici al pronto soccorso) nei casi in cui i pazienti presentano problematiche minori che dovrebbero essere risolte dal medico curante, dalla guardia medica o negli ambulatori/poliambulatori presenti sul territorio. Gli attuali tempi di attesa potrebbero essere notevolmente ridotti.

Capo II Art.3, ubicazione del servizio: nonché presso almeno un presidio delle aziende per i servizi sanitari sul territorio non esista un'azienda ospedaliera.

Per una più rapida ed efficace assegnazione dei codici bianchi: sarebbe opportuno che i tempi si riducessero semplificando le attuali procedure.

Sistema di tariffazione: l'indicazione su un'equa distribuzione degli oneri per l'accesso al pronto soccorso, amplia la categoria degli esenti. La classificazione dei soggetti più deboli che, per età o situazione individuale, possono considerarsi non svantaggiati nel raffronto con la categoria degli essenti? Merita una più approfondita chiarificazione. *Integrare precisando affinché il territorio sia messo a conoscenza degli oneri.*

Capo III Art. 5, comma 2: entro il 30 aprile ed il 31 ottobre di ciascun anno, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali elabora i dati trasmessi in attuazione di quanto previsto al comma 1 e li trasmette alla competente commissione consigliare.

Il Coordinatore
De Michielis



Federazione Sindacati Indipendenti

Segreteria Regionale F-VG

Fax 043242416 email: fsi.fvg@usaenet.org



CONSIDERAZIONI

PROPOSTA DI LEGGE N. 156

Udine, 17 Gennaio '12

Nel prendere visione della proposta si intende precisare quanto segue:
in merito alla necessità espressa di istituire un ambulatorio per i codici bianchi la scrivente O.S. si è ampiamente e chiaramente espressa nel precedente incontro del 12 ottobre 2011.

Entrando nei dettagli della suddetta:

- Non vi è alcun riferimento ai costi e a carico di chi è dato l'onere di provvedervi: da parte nostra riteniamo che la spesa **non può** ricadere sul Personale del Comparto delle Aziende ove si procederà all'attivazione di tale proposta. Che a tali oneri dovrà provvedere la Regione con uno specifico finanziamento; nell'eventualità ciò non fosse possibile, i suddetti finanziamenti devono pervenire dalla voce di bilancio Regionale afferente ai fondi destinati ai Medici di Medicina di Base.
- Al Capo II: organizzazione del servizio, all'Art.4 comma 5, ravvisiamo la necessità di maggior chiarezza riguardo l'ingaggio, le modalità e le forme di compenso del Personale dipendente della P.A. che verrà coinvolto – con particolare riferimento al Comparto. Si ritiene inoltre di valutare l'opportunità di utilizzare Personale con provata esperienza già posto in quiescenza con opportune e specifiche norme. Il compenso orario deve attestarsi alle quote definite in ambito regionale (ex Sirchia). L'istituto da utilizzare per il Personale del Comparto coinvolto -su base volontaria- può essere quello della Libera Professione e/o della Convenzione mediante orario aggiuntivo.

Segreteria Regionale

Paolo COAN



Di seguito si riportano alcuni dati indicativi sugli accessi ai servizi di Pronto Soccorso ospedalieri della regione FVG e di Trieste in particolare. Come si può notare il trend è in decisa discesa sia in termini assoluti, sia, ancora più marcatamente, in relazione ai codici bianchi.

Si rammenta che la definizione di “codice bianco” sottintende una valutazione di priorità rispetto le altre codifiche (verde, giallo e rosso) per l’accesso alle prestazioni ma NON può essere usato come sintomo di inappropriatezza del ricorso all’ospedale.

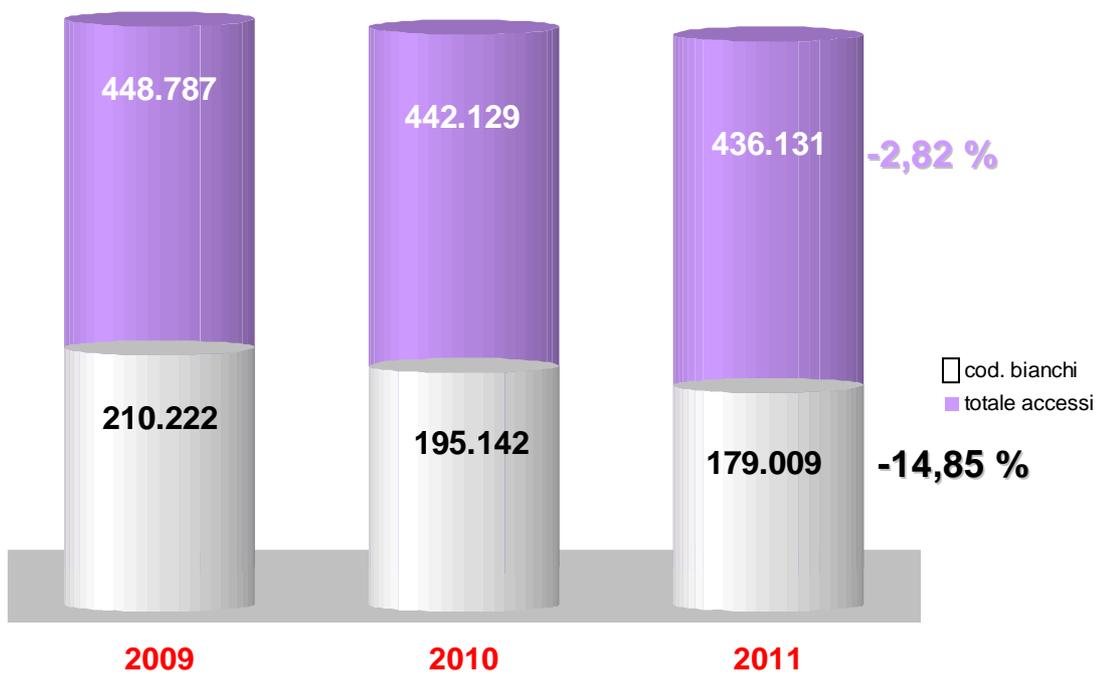
I Pronto Soccorso hanno sempre svolto la funzione di riferimento per i cittadini che, in modo oggettivo o soggettivo, ritenessero di vivere una situazione di urgenza e, come si vede dai grafici, la situazione non sta peggiorando, anzi mostra decisi segni di alleggerimento della richiesta.

Le Aziende per i Servizi Sanitari si stanno impegnando per ridurre l’accesso ai PS dei pazienti cronici presi in carico o di coloro che, al loro domicilio oppure ospitati in residenze, possano giovare dell’intervento “home care” dei professionisti territoriali.

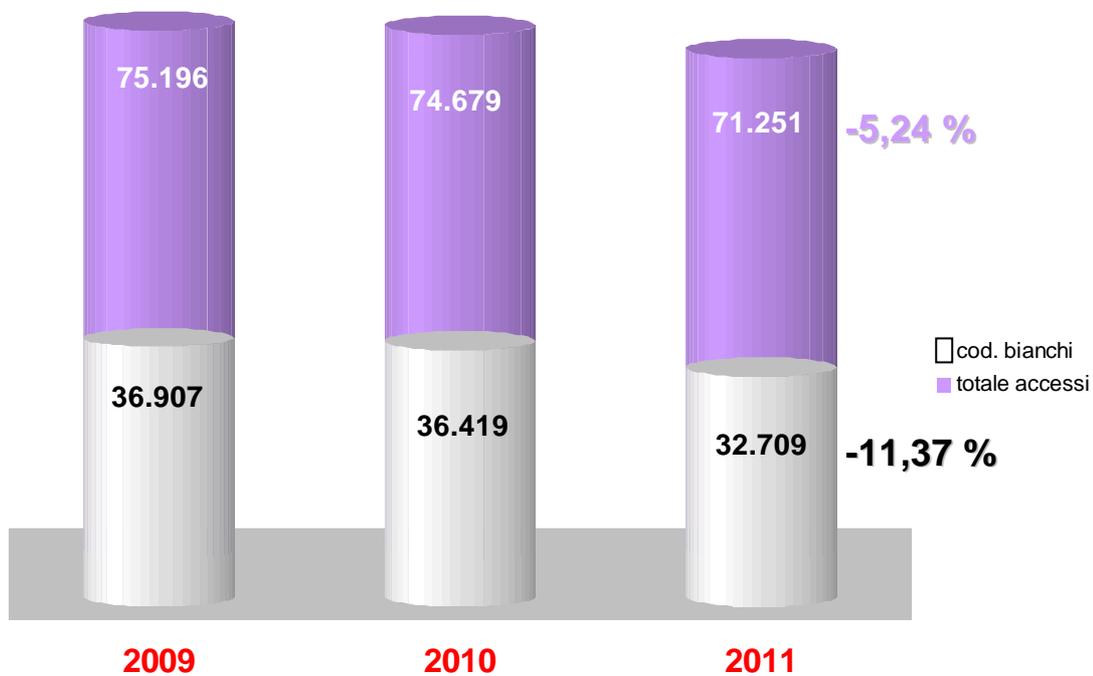
A Trieste in particolare il sistema 118, significativamente inserito delle strutture territoriali, ha attivato protocolli di collaborazione con i Distretti, i Dipartimenti e i Centri Specialistici della ASS1 Triestina per consentire una presa in carico territoriale di pazienti che altrimenti dovrebbero essere trasportati in ospedale. La diminuzione degli accessi ai PS triestini tramite 118 è evidenziata nel grafico specifico.

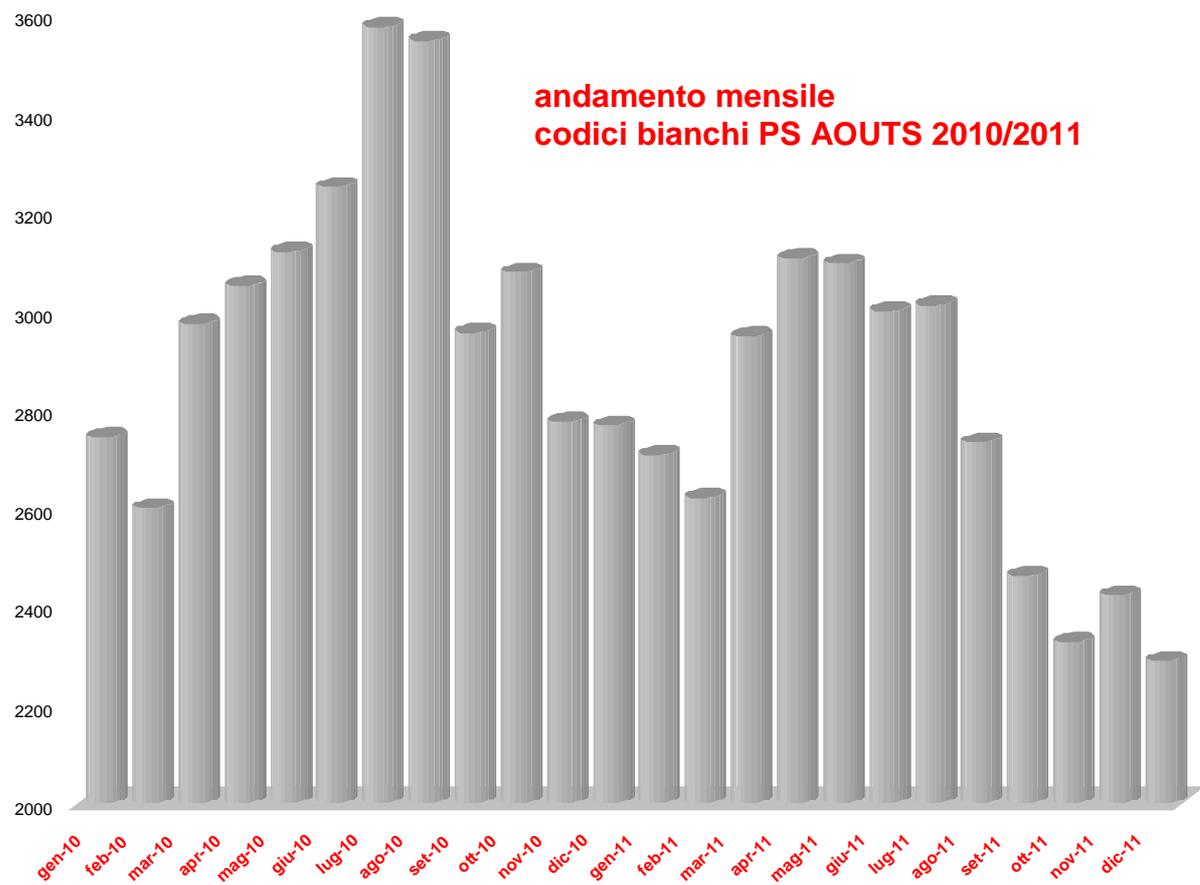
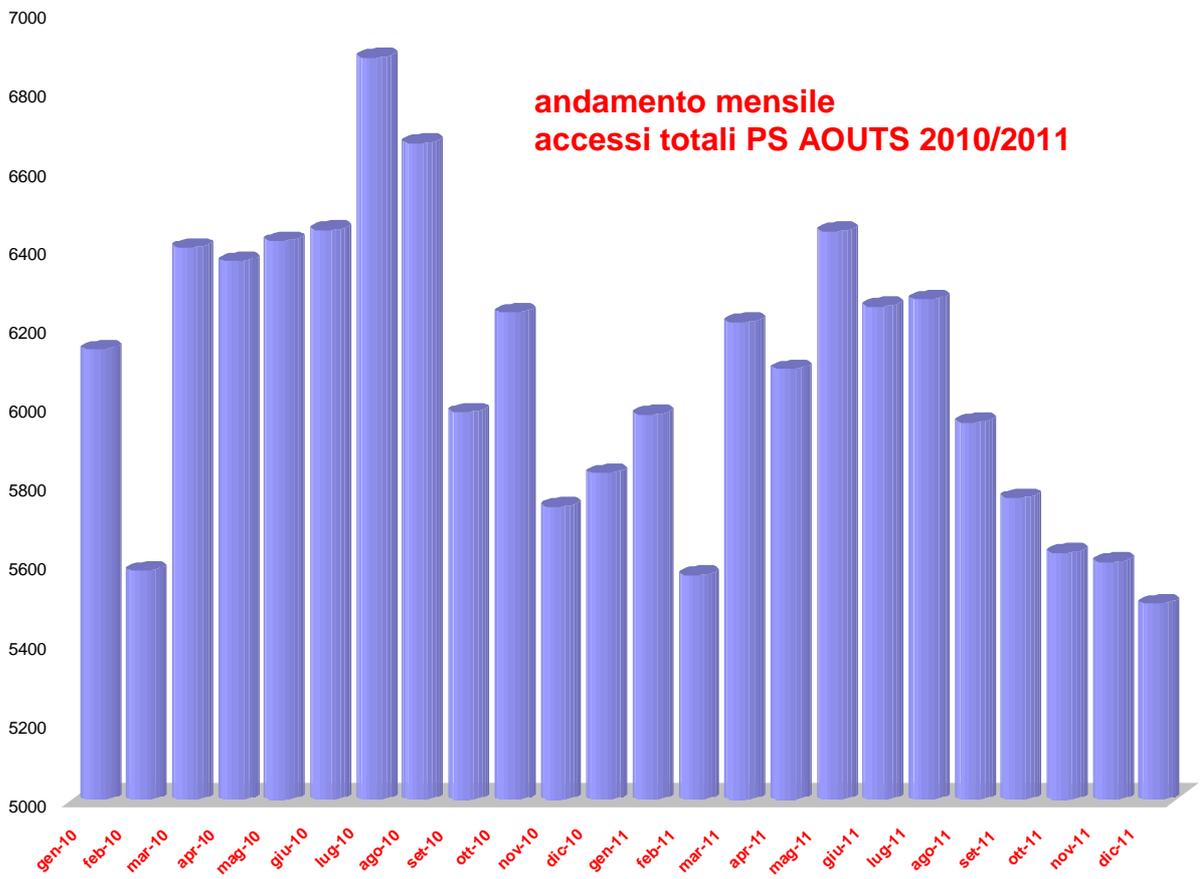
Per migliorare ulteriormente sarebbe forse necessario garantire alle istanze territoriali, per i pazienti cronici presi in carico dai Distretti, di percorsi diagnostici (radiologia, laboratorio, specialistica) snelli e autonomi in maniera da non gravare sui PS per accertamenti.

Accessi PS regione FVG

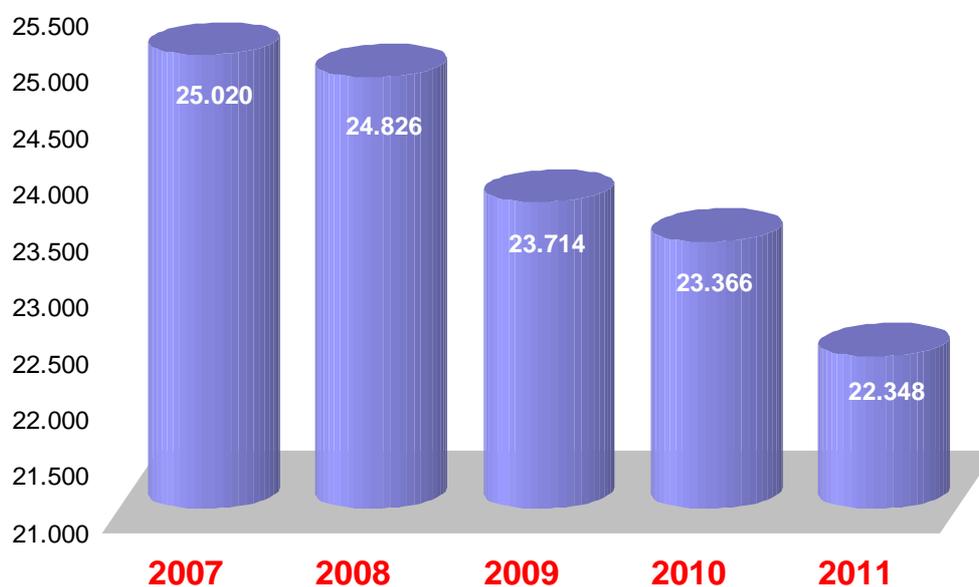


Accessi PS AOUTS





accessi 118 a PS AOUTS



PS = Pronto Soccorso

AOUTS = Azienda Ospedaliero Universitaria Trieste (PS Ospedale di Cattinara + Ospedale Maggiore)

Si ricorda anche che nelle ore notturne è attivo, presso l'Ospedale Maggiore, il Centro Prime Cure con il personale medico del Servizio di Continuità Assistenziale a gestione ASS1. Questi i dati:

	2009	2010	2011
accessi totali	5.103	5.344	5.390
codici bianchi	4.222	4.483	4.388

Memoria per l'audizione alla III Commissione permanente del Consiglio regionale relativa alla proposta di Legge n. 156 "Norme in materia di gestione degli accessi non critici al pronto soccorso"

Si prende atto che la proposta di Legge viene presentata nelle more della redazione del Piano regionale dell'Emergenza che appare prioritario e decisivo per affrontare i numerosi problemi dell'assistenza sanitaria in emergenza/urgenza.

Affrontare questi temi dovrebbe costituire la precondizione per definire la gestione degli accessi dei codici bianchi in Pronto soccorso.

Lo strumento della legge regionale è normalmente orientato a definire le disposizioni generali per la gestione del Sistema sanitario, al fine di garantire il diritto alla salute del cittadino.

Una Legge regionale che focalizzi il suo intervento su un punto specifico definendone gli aspetti tecnici ed organizzativi senza tener conto della complessità generale, rischia di introdurre ulteriori disequilibri. Nello specifico della proposta di legge in oggetto, manca un'analisi adeguata sulle cause dell'affollamento dei Pronto soccorso e, di conseguenza, non viene individuato un obiettivo correlabile alla eliminazione di tali cause intervenendo, comunque per porre rimedio ai disagi per i cittadini.

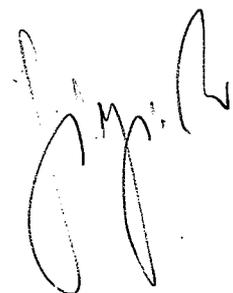
Bisogna prendere atto che mancano a tutt'oggi strumenti adeguati per il governo dell'assistenza sul territorio tanto che il paziente trova soluzioni alternative presentandosi in Pronto soccorso in quanto non ha trovato una soluzione da parte del Medico di medicina generale, del Pediatra di libera scelta, del Medico di continuità assistenziale o da parte delle strutture distrettuali. L'intervento in questo ambito è altrettanto prioritario di quello sull'emergenza urgenza.

A sostegno della proposta di Legge è necessario ribadire che non tutti i bisogni di assistenza classificati come codici bianchi sono da considerarsi inappropriati per quanto riguarda l'accesso ad un Pronto soccorso e che appare condivisibile, comunque, affrontare il disagio dei pazienti che devono lungamente attendere una risposta ai loro bisogni, risposta che non hanno trovato in altre Strutture del sistema sanitario.

Di seguito le note esplicative agli emendamenti.

Art. 1 e art 2 comma 2: non è più necessario intervenire sulla partecipazione alla spesa (ticket) in quanto è già stata adottata in FVG la nuova normativa nazionale.

Art. 3. Si ritiene che la nuova organizzazione sia da introdurre in tutti gli ospedali che hanno un rilevante accesso di utenti al Pronto soccorso onde evitare il costituirsi di diseguglianze strutturali. (Nella tabella seguente gli accessi in 9 mesi 2011).



Art. 4 comma 4: si ritiene di lasciare all'autonomia organizzativa aziendale la determinazione dei giorni e degli orari di apertura dell'ambulatorio, corredandola alle effettive esigenze riscontrate.

Art. 4 comma 5: si ritiene di ampliare le possibilità gestionali dell'ambulatorio anche in accordo tra Aziende ospedaliere e territoriali e con professionisti convenzionati (es. MMG).

Art. 5 : si ritiene di semplificare le verifiche e di ricondurle a momenti già previsti dalla legge 49/96.

Art. 6: abrogato perché già viene applicata la normativa nazionale.

Attività sanitarie

Tab. 1. Numero di accessi in Pronto Soccorso

		<i>Gen-Ser 2011</i>	<i>Gen-Ser 2010</i>	<i>%</i>	<i>Ultimi 12 mesi</i>	<i>Totale 2010</i>
A.S.S. n° 1 C.P.C.	P.S. Maggiore	4.255	4.200	1,3%	5.399	5.344
A.S.S. n° 2	P.S. Gorizia	17.295	17.893	-3,3%	23.042	23.640
	P.S. Grado	3.204	3.170	1,1%	3.849	3.815
	P.S. Monfalcone	21.575	20.368	5,9%	27.962	26.755
A.S.S. n° 3	P.S. Gemona	12.508	12.207	2,5%	16.127	15.826
	P.S. Tolmezzo	13.589	13.634	-0,3%	17.450	17.495
A.S.S. n° 4	P.S. San Daniele	22.891	22.297	2,7%	30.079	29.485
A.S.S. n° 5	P.S. Latisana	19.536	17.594	11,0%	24.668	22.726
	P.S. Lignano	4.161	4.192	-0,7%	4.161	4.192
	P.S. Palmanova	18.786	18.681	0,6%	24.525	24.420
Azienda Ospedaliera S.M.d.A - PN	P.S. Maniago	4.642	5.081	-8,6%	6.172	6.611
	P.S. Pediatrico	8.874	8.268	7,3%	11.828	11.222
	P.S. Pordenone	41.236	41.289	-0,1%	54.530	54.583
	P.S. Sacile	5.018	5.265	-4,7%	6.600	6.847
	P.S. San Vito	16.377	16.682	-1,8%	21.565	21.870
	P.S. Spilimbergo	7.927	7.406	7,0%	10.249	9.728
Azienda Ospedaliera O.O. R.R. - TS	P.S. Maggiore	18.030	19.513	-7,6%	23.974	25.457
	P.S. Cattinara	36.495	37.360	-2,3%	48.357	49.222
Azienda Ospedaliero- Universitaria - UD	P.S. Cividale	8.733	8.410	3,8%	11.303	10.980
	P.S. Pediatrico Pol. Universitario	11.889	12.403	-4,1%	15.905	16.419
	P.S. Udine	46.156	48.286	-4,4%	61.629	63.759
I.R.C.S.S. Burlo Garofolo - TS	P.S. Burlo Garofolo	15.858	15.934	-0,5%	21.143	21.219
		359.035	360.133	-0,3%	470.517	471.615

<p>Art. 1 (Oggetto)</p> <p>1. La presente legge detta disposizioni in materia di gestione degli accessi non critici al pronto soccorso qualificati, nel processo di triage, con il codice bianco di cui al Decreto del Ministro della sanità 15 maggio 1992 (Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza).</p> <p>2. La presente legge detta disposizioni in materia di partecipazione alla spesa sanitaria nei casi di cui al comma 1.</p>	<p>Art. 1 (Oggetto)</p> <p>1. La presente legge detta disposizioni in materia di gestione degli accessi non critici al pronto soccorso qualificati, nel processo di triage, con il codice bianco di cui al Decreto del Ministro della sanità 15 maggio 1992 (Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza).</p>
<p>Art. 2 (Finalità)</p> <p>1. La presente legge ha la finalità di garantire il diritto del cittadino ad un servizio di pronto soccorso con adeguati tempi di accesso anche nei casi di cui all'articolo 1, comma 1.</p> <p>2. La presente legge ha la finalità di attuare un equo sistema di partecipazione alla spesa sanitaria nei casi di cui all'articolo 1, comma 1.</p>	<p>Art. 2 (Finalità)</p> <p>1. La presente legge ha la finalità di garantire il diritto del cittadino ad un servizio di pronto soccorso con adeguati tempi di accesso anche nei casi di cui all'articolo 1, comma 1.</p>
<p>Capo II Organizzazione del servizio</p> <p>Art. 3 (Ubicazione del servizio)</p> <p>1. L'organizzazione degli accessi non critici al pronto soccorso secondo le modalità di cui alla presente legge è attuata presso l'Azienda ospedaliero – universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, l'Azienda ospedaliero – universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine, l'Azienda ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone, l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste, nonché presso almeno un presidio delle aziende per i servizi sanitari sul cui territorio non insista un'azienda ospedaliera.</p>	<p>Capo II Organizzazione del servizio</p> <p>Art. 3 (Ubicazione del servizio)</p> <p>1. L'organizzazione degli accessi non critici al pronto soccorso secondo le modalità di cui alla presente legge è attuata presso l'Azienda ospedaliero – universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, l'Azienda ospedaliero – universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine, l'Azienda ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone, l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e presso i presidi ospedalieri di Monfalcone, Gorizia, Tolmezzo, Gemona, San Daniele, Palmanova, Latisana, San Vito al Tagliamento.</p>

<p>Art. 4 (Organizzazione del servizio)</p> <p>1. I direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale verificano, trimestralmente, i tempi di accesso dei pazienti che si rivolgono al pronto soccorso cui viene attribuito il codice bianco.</p> <p>2. Decorsi tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, qualora il tempo di accesso dei pazienti di cui al comma 1, nel 30 per cento dei casi, superi le due ore dall'attribuzione del codice bianco, viene attivato uno specifico ambulatorio dedicato all'assistenza dei pazienti medesimi.</p> <p>3. L'attivazione dell'ambulatorio di cui al comma 2 non comporta l'istituzione di nuove strutture organizzative.</p> <p>4 L'accesso all'ambulatorio di cui al comma 2 è garantito fino a sette giorni su sette, per un minimo di quattro ore e un massimo di dodici ore al giorno, con la presenza di almeno un medico e un infermiere.</p> <p>5. Le prestazioni dei professionisti sanitari di cui al comma 4 possono essere rese anche nell'ambito di rapporti di lavoro autonomo.</p> <p>6. Trimestralmente i direttori generali confermano, o meno, l'attivazione dell'ambulatorio di cui al comma 2, fermo restando, in caso di mancata conferma, il rispetto dei tempi di accesso ivi indicati.</p>	<p>Art. 4 (Organizzazione del servizio)</p> <p>1. Gli enti del Servizio sanitario regionale verificano, trimestralmente, i tempi di accesso dei pazienti che si rivolgono al pronto soccorso cui viene attribuito il codice bianco.</p> <p>2. Decorsi tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, qualora il tempo di accesso dei pazienti di cui al comma 1, nel 30 per cento dei casi, superi le due ore dall'attribuzione del codice bianco, viene attivato uno specifico ambulatorio dedicato all'assistenza dei pazienti medesimi con la presenza di almeno un medico ed un infermiere.</p> <p>3. L'attivazione dell'ambulatorio di cui al comma 2 non comporta l'istituzione di nuove strutture organizzative.</p> <p>5. Le prestazioni dei professionisti sanitari di cui al comma 2 possono essere rese anche nell'ambito di rapporti di lavoro autonomo o convenzionato o tramite accordi interaziendali</p>
<p>Capo III Verifica dell'attuazione della legge</p> <p>Art. 5 (Strumenti di verifica)</p> <p>1. I direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale di cui all'articolo 3, entro il 31 marzo ed il 30 settembre di ciascun anno,</p>	<p>Capo III Verifica dell'attuazione della legge</p> <p>Art. 5 (Strumenti di verifica)</p> <p>1. Entro sei mesi dall'approvazione della presente legge e successivamente nell'ambito dei rendiconti trimestrali ex articolo 22 della legge regionale</p>

<p>trasmettono alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, una relazione sull'attuazione della presente legge e sulla riduzione dei tempi di accesso per i codici bianchi.</p> <p>2. Entro il 30 aprile ed il 31 ottobre di ciascun anno, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali elabora i dati trasmessi in attuazione di quanto previsto al comma 1 e li trasmette alla competente commissione consiliare.</p>	<p>1996, n. 49, gli enti del Servizio Sanitario regionale trasmettono alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, una relazione sulla riduzione dei tempi di accesso per i codici bianchi.</p>
<p>Capo IV Partecipazione alla spesa sanitaria</p> <p>Art. 6 (Partecipazione alla spesa sanitaria)</p> <p>1. A decorrere dal primo giorno del terzo mese successivo alla data di entrata in vigore della presente legge non trova più applicazione quanto previsto dalla deliberazione della Giunta regionale 29 ottobre 1992, n. 5872 e, per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco, trova applicazione quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato).</p>	