

# G. I. P. E. F.

*(Grecia Italia Portogallo Spagna Francia Belgio Cipro Slovenia Lussemburgo Albania)*

## VERBALE DELLA RIUNIONE DEL GIPEF

Si è svolta a Venezia, nei giorni 2 e 3 ottobre 2008, presso l'isola di San Servolo, la riunione autunnale 2008 dei Paesi aderenti al GIPEF.

\* \* \*

Il Dr. Maurizio Scassola, Presidente dell'OMCeO di Venezia che ospita i lavori, rivolge ai presenti il saluto iniziale, unitamente all'auspicio che l'occasione presente offra l'opportunità di uno scambio di informazioni ed esperienze atta anche a consolidare l'amicizia e i rapporti tra i Paesi partecipanti. Ciò consentirà – afferma il Presidente Scassola – di tracciare rotte nuove di solidarietà e produttività, così da costituire uno strumento al servizio della politica dei nostri Paesi. Termina il suo saluto augurando a tutti buon lavoro.

Il Presidente della FNOMCeO Dr. Amedeo Bianco compiacendosi del clima di amicizia e di grande tensione culturale e professionale che circonda l'evento, propone una piccola variazione all'ordine del giorno che è molto ricco perché ricco è il panorama dei cambiamenti che si stanno verificando in Europa rispetto ai quali è necessario dare il nostro contributo. Si augura che al termine dei lavori si possa avere un documento condiviso almeno nel merito anche se magari suscettibile di apporti e suggerimenti diversi.

Lascia la parola al Presidente della Struttura di San Servolo.

Il Dr. Busotto rivolge il benvenuto anche a nome della Provincia di Venezia, proprietaria dell'isola e dà alcune note storiche: da Monastero benedettino nel 1500-1600, la struttura è stata trasformata in presidio medico per i militari reduci dalla guerra e successivamente per malati mentali. Oggi vi sono istituzioni importanti come la Venice International University, l'Accademia di Belle Arti e la Fondazione che si occupa dello studio e della ricerca delle malattie mentali.

Poiché le modifiche all'ordine del giorno vengono approvate, il Presidente Bianco pone in votazione il **verbale della seduta precedente, che viene approvato all'unanimità.**

Dovendosi trattare le **“proposte di modifica alla Direttiva 2003/88CE sul Working Time”**, dà la parola al Dr. Gianni Righetti, il quale afferma che c'è stato un accordo politico su alcune ipotesi di modifica tradotte in una proposta del Consiglio Europeo del 15 settembre 08 e si basano su due principi già espressi dal Consiglio con un documento chiamato flexicurity, che consistono nell'andare verso la globalizzazione e nel ridurre le sicurezze per chi ha un lavoro sicuro e aumentarle per chi ha un lavoro precario. Francia, Belgio, Spagna, Cipro e Grecia non hanno approvato questa risoluzione ed egli si chiede perché i Paesi del Mediterraneo non siano d'accordo su una decisione che chiude la storia delle 48 ore settimanali ed esprime la convinzione che non il maggiore orario aumenta la produttività, bensì l'innovazione di processi e tecnologie. Informa inoltre che è stata istituita una Agenzia Europea e un Osservatorio per dare informazioni ed operare un monitoraggio sul livello di stress e sul miglioramento ambientale al fine di mantenere i lavoratori in buone condizioni. I dati riferiscono che il 22% dei lavoratori dell'U.E. nel 2005 erano colpiti da stress, per un totale del 50-60% delle giornate lavorative e circa 20 miliardi di Euro. Ritene opportuno stilare un documento originale.

Il Dr. Bianco aggiunge che il tutto viene deciso con voto ponderato con una serie di garanzie che riguardano le doppie maggioranze. Va considerato anche il problema della guardia attiva e non attiva, con un tetto massimo di 60 ore che diventano 65 se si considera il tempo di attesa, più il riposo compensativo portato fino a 72 ore.

Ulteriore fenomeno da considerare è la femminilizzazione della professione non adeguatamente tutelata dai principi della Direttiva. Il punto centrale è comunque la sicurezza delle cure, che costituisce un elemento di specificità della professione medica il cui oggetto è la salute e la sicurezza delle cure dei pazienti.

Dopo la pausa caffè e la distribuzione di una bozza di documento sul Working Time, il Dr. Bianco afferma di ritenere opportuno concludere i lavori su questo tema con una piattaforma di discussione che può anche aiutare i funzionari dei Ministeri dei vari Paesi ad omogeneizzare le realtà professionali diverse. Apre quindi il dibattito.

Il Dr. Montané chiede a nome dell'Ordine dei Medici francese: 1) di mantenere la legislazione attuale come definita dalla direttiva 2003/88CE; 2) di sopprimere la differenza dei tempi di guardia attivi e non attivi in funzione della presenza fisica negli ospedali; 3) che il periodo di riferimento non superi i 6 mesi; 4) che il turno compensatorio sia goduto subito dopo il lavoro.

Il rappresentante spagnolo, Dr. Huerta, ritiene importante la modifica della direttiva perché ha ripercussioni dirette sulle capacità psichiche e fisiche dei medici. Il Governo spagnolo si opporrà alla direttiva, ma vede difficile una eventuale modifica perché c'è una determinazione del Parlamento Europeo a mantenerla nel testo attuale. Tuttavia ritiene importante far arrivare al Parlamento Europeo pressioni in questo senso che dimostrino l'unitarietà dei medici europei sulla linea contraria a questo indirizzo. E' anche importante che le istituzioni prendano posizione e intervengano.

Per il Portogallo il Dr. Nunes sottolinea l'importanza di sensibilizzare i medici anche facendo una attività di lobby presso i parlamentari europei. L'Ordine dei medici portoghese, insieme ai sindacati, nutre buone speranze in tal senso, pur nella consapevolezza che ci sia molto da lavorare.

Il Dr. Kalokerinos (Grecia) sostiene che poiché il Parlamento Europeo sta lavorando sui dettagli, è il momento buono per aggiungere al lavoro fatto la proposta francese per una proficua integrazione, opinione che viene condivisa dal belga dr. Lemye.

Prende di nuovo la parola il Dr. Biclet per osservare come i turni di riposo, se sono importanti per tutti i lavoratori, ad esempio i conducenti di mezzi pesanti, tanto più lo sono per i medici che hanno in mano la sicurezza dei loro pazienti. Suggerisce di prendere contatto con le Associazioni per la tutela dei pazienti "affinché le nostre posizioni non appaiano corporativistiche, ma volte alla tutela dei cittadini".

Il Dr. Bianco fa una proposta operativa e cioè che chi condivide i suggerimenti di Montané si accordi per elaborare delle modifiche. Inoltre riprendendo l'idea del Dr. Biclet di proporre alle organizzazioni nazionali una "giornata europea per una organizzazione del tempo di lavoro sicuro", aggiunge che si potrebbero prevedere manifestazioni in tutti i Paesi europei in cui i medici ribadiscano il problema e il carattere non corporativistico ma a tutela dei pazienti. Addirittura - suggerisce - si potrebbe prevedere un distintivo da far indossare quel giorno a tutti i professionisti medici. Chiede ai presenti se sono d'accordo: Francia, Belgio, Portogallo, Spagna, la Dr.ssa Di Martino rispondono di sì.

Chiede a Montané di ripetere i punti del suo programma che sono i seguenti:

- 1) Mantenere la legislazione attuale definita dalla Direttiva 2003/88/CE;
- 2) Sopprimere la differenza tra orario di guardia attivo e passivo in modo da allinearsi con la giurisprudenza comunitaria;
- 3) Il periodo di riferimento non deve superare i sei mesi;
- 4) L'orario di lavoro supplementare deve essere abrogato in tempi progressivi;
- 5) Il periodo di riposo compensativo deve essere fruito subito dopo il lavoro nell'interesse della salute del paziente.

Il Dr. Bianco, al fine di procedere ad emendamenti unitari di sei Paesi, dà lettura del testo "dichiarazioni di consenso".

Dopo la lettura il Dr. Montané afferma che affinché il documento sia comunicativo, il titolo deve essere più incisivo e il messaggio particolarmente forte nella parte iniziale e finale.

Il Dr. Lemye ritiene che il documento debba essere breve ed incisivo per non scoraggiare la lettura da parte dei parlamentari, la qual cosa è condivisa anche dal Dr. Nunes.

Al contrario, il rappresentante della Spagna afferma che un documento conciso rischia di trascurare elementi importanti; suggerisce che venga diffuso ampiamente alla stampa e alle istituzioni anche per esercitare pressione sui vari organismi.

Il Dr. Kalokerinos condivide sia il documento che la proposta del collega Montané.

Quindi il Dr. Bianco chiede ai colleghi Montané, Righetti e Huerta di riunirsi per apportare al documento le piccole modifiche concordate e ripresentarlo nella nuova stesura.

Il Dr. Huerta, a nome del collega Rodriguez, suggerisce di fare due versioni: lunga per gli Ordini dei Medici e per il Parlamento, breve per la stampa e le istituzioni, a lui si unisce il Dr. Montané per affermare che il documento più lungo potrebbe essere lasciato come allegato ad una versione più breve per chi volesse approfondire.

Il Dr. Bianco aggiunge che tutti i documenti dovranno trovare spazio sul sito Internet che si andrà a costituire e saranno inviati a tutti gli organismi internazionali, Ministeri e quant'altro. Bisognerà, quindi, disporre di una mailing list internazionale che costituirà il target della nostra comunicazione.

Si sviluppa, quindi, un dibattito in cui intervengono i seguenti dottori: Frattima, Olivetti, Bartolini, Montané, Antypas.

Il Presidente dei medici italiani, passando a parlare di dati, comunica che in Italia si sta vivendo una situazione delicata. Risulta che nei prossimi 15 anni andranno in quiescenza il 50% dei professionisti e i futuri medici copriranno questo gap solo per il 60%. Potrebbe verificarsi che i sistemi sanitari moderni non abbiano bisogno dello stesso numero di medici anche grazie all'uso della telemedicina. Tuttavia, con la mobilità si rischia una concorrenza fra Paesi e il numero programmato per l'accesso alle Facoltà di Medicina aumenta i problemi.

Il francese Montané sottolinea l'importanza di avere dati certi, dichiara di essere in grado di fornirli sui propri medici ed auspica che possano farlo tutti i Paesi. Ugualmente importanti giudica i dati relativi alla presenza di medici stranieri nei nostri Paesi, di cui si discuterà il 28 novembre prossimo a Parigi nell'ambito della CEOM.

Il rappresentante del belgio riferisce che nel suo Paese la programmazione dei medici è un compito affidato al Ministero della Sanità, per il numero chiuso nella regione fiamminga bisogna sostenere un esame nel primo anno, mentre nella Vallonia dopo il terzo anno, quindi con grave danno per gli studenti respinti dopo tre anni di studio.

In Portogallo – afferma il Dr. Nunes – a livello di grande organizzazione, gli ospedali pubblici sono stati aziendalizzati e l'Amministrazione può rivolgersi alle aziende per la fornitura di medici, quindi non c'è una programmazione e l'Ordine ha responsabilità in materia di formazione, mentre il Governo, più o meno direttamente, stabilisce il numero dei posti nell'anno. Il tema è comunque importante e va approfondito.

Il rappresentante degli spagnoli dichiara che nel suo Paese non ci sono medici in eccesso. Il SSN è diviso in 17 sistemi regionali, tutto viene portato all'attenzione dei Rettori dell'Università. A causa di una ripartizione irregolare si è verificato un flusso migratorio soprattutto dall'America Latina, 3800 medici nel 2006, omologati con un processo di verifica molto selettiva, cui peraltro il Governo è contrario preferendo un livello di omologazione più basso.

Anche per i Greci la programmazione è difficile sia internamente che in relazione ai flussi migratori. Difficile chiudere le porte ai medici che vogliono recarsi in Grecia perché "siamo una grande famiglia europea".

Data l'importanza del tema, il Dr. Bianco suggerisce di dedicare la prossima riunione del GIPEF a questo argomento, preparandolo preventivamente su una base che indichi com'è la demografia attuale, quali sono le modalità di recesso e di selezione, come funziona il mercato professionale. Potrebbe trattarsi anche solo di un gruppo di lavoro che si incontra appositamente in una città da stabilire, in Italia o all'estero, nel prossimo mese di febbraio 2009.

Dopo un breve dibattito a cui intervengono i Dottori Frattima, Biclet e Leoni e dopo la pausa pranzo il Presidente Bianco dà la parola al Dr. Von Lutterotti che illustra la **direttiva sulla medicina transfrontaliera**.

Egli comunica che la mobilità dei pazienti è sorta dopo la sentenza della Corte di Giustizia Europea secondo la quale i pazienti hanno diritto al rimborso per cure in Paesi stranieri con le stesse modalità vigenti in patria. La Commissione ha quindi proceduto a stilare la bozza di direttiva tenendo conto delle problematiche relative a come individuare l'assistenza sanitaria nei Paesi stranieri, come affrontare i problemi legali, come rispettare i diritti dei cittadini, garantire il rimborso e il corretto trattamento dei dati personali.

Il Dr. Boisnel, funzionario del Ministero della Salute francese, rileva che si tratta di una interazione fra vari attori che sono, nell'ordine, la Commissione Europea, il Consiglio e il Parlamento Europeo. Evidenzia, inoltre, l'esistenza, allo stato attuale, di tre ordini di problemi: due di carattere giuridico, relativi ai limiti della Direttiva e alla questione dei rimborsi e uno di carattere politico, concernente l'esclusione dei servizi sanitari da quelli generali. E' fondamentale, a suo avviso, che gli Stati accettino una forma di collaborazione: ogni Stato deve avere un corpus di regole che ogni cittadino che emigra deve conoscere, regole di Comitologia, dettate dai Comitati stessi.

Interpellata al riguardo, la Dr.ssa Di Martino, Direttore generale del Dipartimento Rapporti con la UE del Ministero della Salute italiano, informa che il Ministero stesso ha aperto un tavolo di confronto sulla mobilità sanitaria internazionale. Sulla base di un questionario i Paesi si sono resi disponibili a partecipare in modo concreto al dibattito con l'obiettivo di rendere più viva l'applicazione dei principi e valori comuni approvati dal Consiglio EPSCO nel giugno 2006. I punti principali sono: esaminare la spesa sanitaria, fare un monitoraggio efficace sia nel merito che nei flussi, garantire qualità e sicurezza delle cure.

Dopo l'intervento del dr. Montané teso a chiarire che nella direttiva dovranno essere specificate la definizione delle cure ospedaliere e non, e i trattamenti cosiddetti pesanti, oltre ai meccanismi di rimborso e alla gestione della cartella clinica, prende la parola il dr. D'Autilia che dà lettura del documento sottolineando la necessità di focalizzare alcuni aspetti della direttiva, rilevati come elementi di criticità anche dagli altri interventi.

Nel dibattito che segue viene evidenziato dal dr. Vorhauer che sarà comunque difficile controllare la qualità dei servizi degli altri Paesi, in quanto dipenderà esclusivamente dal grado di soddisfazione del paziente, né si potrà pretendere di imporre standard di qualità a 27 paesi diversi. Il dr. Bianco risponde che essere competitivi sul piano della qualità può comunque essere considerato un momento di crescita e certamente lo è nel campo della tutela dei cittadini soprattutto in certi settori delicati quali la pubblicità o Internet. A sua volta il dr. Biclet rileva l'assenza, nel documento, della materia concernente l'assicurazione dei professionisti le cui modalità variano nei vari Paesi e rileva che in Francia è stata resa obbligatoria solo 5 anni fa. Il dr. Montané suggerisce di chiedere ad ogni Stato di creare un corpus di regole di cui dotare i pazienti che desiderino farsi curare in un Paese diverso. Quindi le regole non devono obbligatoriamente essere uguali ovunque, ma devono essere conosciute, da qui l'importanza della comunicazione.

Di nuovo il dr. Bianco propone che la Direttiva diventi la tappa di un percorso per raggiungere l'unità e quindi un documento di lavoro, il rappresentante francese la considera un modo di lavoro per poter proseguire la riflessione in seno al GIPEF, il belga rileva che ci sono anche posizioni diverse e farà comunque pervenire la propria opinione, il portoghese lo considera un buon documento che merita maggiore riflessione, lo spagnolo suggerisce di farlo elaborare meglio da un apposito gruppo di lavoro.

In conclusione il dr. Bianco propone che il collega D'Autilia unitamente al rappresentante del Portogallo e ad altri, lavorino alle modifiche del documento, purché si arrivi ad una posizione condivisa.

I lavori riprendono il giorno successivo con la lettura da parte del dr. Montané del documento sul Working time modificato dal gruppo di lavoro con allegata la ragione che ha portato a tali modifiche. Egli illustra che già nel titolo è stata evocata una proposizione responsabile e propositiva mentre nel testo è stato esposto un fattore nuovo, la sicurezza dei pazienti di cui è stata fatta una ragione di forte specificità dei professionisti europei.

Il dr. Montané comunica che il documento è rimasto invariato, che si è abbandonata l'intenzione di introdurre la differenza fra turno di guardia attivo e passivo e che è stato posto un limite preciso al periodo di lavoro.

#### **Con queste modifiche il documento viene approvato all'unanimità**

Il successivo punto all'Ordine del Giorno riguarda le dimissioni di Francia Italia e Spagna dal CPME. Al riguardo il dr. Antypas presenta un documento dichiarando che i greci desiderano fare un ulteriore tentativo di far superare al Comitato Permanente la difficile situazione in cui si trova a seguito dell'uscita dei tre paesi. Il documento, che dovrà contenere anche le proposte di Italia Spagna e Francia, dovrà avere un carattere diplomatico e flessibile e dovrà inoltre contenere le seguenti proposte: far funzionare il CPME con giuste procedure, con articoli di statuto, regole e deontologia propria, che la segreteria generale abbia doveri amministrativi e non politici, che sia reintrodotta la proposta del voto ponderato. Suggerisce altresì che un gruppo di lavoro valuti il documento in modo che sia collegiale e unitario e venga letto alla prossima riunione del Comitato Permanente..

Il dr. Montané, pur ringraziando il collega Antypas, ricorda che la proposta francese che si basava soprattutto su un impegno di principio, era stata respinta più per motivi statutari che di bilancio; era stato anche proposto che alla carica di Segretario generale fosse eletto un medico e, successivamente un giurista responsabile e competente; la terza proposta riguardava il rispetto delle lingue e cioè che le 5 lingue più praticate in Europa fossero alla stessa stregua. Ci sono stati solo 3 voti a favore essendo usciti gli spagnoli, mentre ben 12 paesi non hanno votato, il che è significativo del disagio attuale in cui versa il CPME. Le dimissioni, pur dichiarate, hanno validità dopo un anno, quindi nel giugno 2009, pertanto a suo parere si può forse fare ancora qualcosa anche se l'intenzione è quella di non partecipare alla riunione di Londra.

Il dr. Huerta, pur ringraziando i colleghi greci per il loro documento, precisa che la decisione assunta non va cambiata, tuttavia non si può considerare la porta completamente chiusa. Il dr. Montané conferma l'opportunità di lasciare aperte alcune possibilità ma che il presidente Wilks, forse avendo male interpretato una mail inviata, ha rilasciato dichiarazioni non degne di un presidente europeo. Insiste nel chiedere un segretario generale non politico.

Il rappresentante belga nel ricordare che il Comitato permanente è l'organo essenziale e che dei tre Paesi due sono membri fondatori, sostiene che pur riconoscendo alcune mancanze del Segretario generale, tuttavia la ritiene persona pratica ed efficiente, ne considera difficile la sostituzione con un medico, essendosi tra l'altro rafforzata la sua posizione proprio con i recenti avvenimenti.

Il rappresentante portoghese riferisce le molte critiche degli inglesi perché il voto ponderato non ha motivo di essere e ritiene che Italia, Francia e Spagna debbano esigere di sapere cosa il CPME si propone di essere. Il problema delle lingue è minore sebbene di natura politica, ma è anche un pretesto economico. Circa il 70% del budget è impiegato in spese di segretariato. Conclude affermando che le prossime elezioni sono molto importanti per la stabilità del CPME e si farà del tutto per ritornare sulla strada del consenso. Anche la Grecia spera che nella prossima riunione, che si terrà a Londra, sia possibile una trattativa per costruire una nuova situazione.

Il Dr. Bianco, riferendosi alle affermazioni fatte dai colleghi, dichiara che se ne ricava un'immagine un po' decadente, tipica di quelle organizzazioni che trovano la loro forza nella rappresentanza politica dei propri Paesi. Spiace che il Presidente Wilks abbia commentato affermando che sono usciti tre Paesi su trenta. Non è così, in realtà è uscita un terzo della rappresentanza professionale d'Europa. Aggiunge che l'Italia crede in questa organizzazione che non può comunque essere sempre luogo di condivisione, ma necessita anche di un confronto che aiuti a crescere e migliorare. Il francese Montané dichiara che le dimissioni da parte di un membro fondatore non costituiscono una decisione semplice, anzi è stata a lungo ponderata anche con la consapevolezza della responsabilità dell'attuale crisi. Invita perciò Portogallo e Belgio a fare lobbying perché è compito dell'esecutivo fare proposte e assumere decisioni.

Il Dr. Antypas pur sensibile alle ragioni dei colleghi, ritiene giusto ora puntare le attenzioni sui due documenti che, se approvati, avranno un notevole valore.

Dopo la pausa, mentre il dr. Bianco dichiara che il documento resterà comunque come ipotesi di lavoro del GIPEF, viene distribuita la dichiarazione del Commissario europeo alla Salute Androulla Vassiliou.

A sua volta il Dr. D'Autilia viene chiamato ad illustrare il proprio documento. Dopo alcune brevi osservazioni dei presenti, il Dr. Bianco mette in approvazione il draft nel suo contenuto e chiede se i colleghi sono d'accordo ad ufficializzarlo come contributo in Europa per la circolazione dei pazienti. Poiché non si registra l'accordo, soprattutto da parte di Belgio e Grecia, il Dr. Righetti suggerisce di volgere la frase "contestata" in positivo rendendola nel seguente modo: "...superare questi effettivi vincoli per arrivare ....". **Con questa modifica il documento viene approvato.**

Il Dr. Bianco passa al punto relativo alla **creazione di un sito web**, auspicando la massima collaborazione da tutti i Paesi nello spirito del GIPEF di essere soggetti che stimolano e danno i massimi contributi. Si è anche cercato di predisporre un documento che viene però contestato perché espresso in un francese non corretto.

L'ing. Cestari illustra l'ipotesi di un sito per il quale tutti possono dare l'apporto delle proprie idee: c'è il problema delle lingue e della scelta dei colori. Si può pensare anche a Gruppi di Lavoro su tematiche specifiche. L'ipotesi del sito web viene approvata, mentre è stata completata anche la revisione del documento, che viene letto e, sebbene non firmato, viene condiviso nello spirito. In particolare il collega belga preferisce uno scritto sintetico ma chiaro, che egli ha predisposto e che contempla cinque punti su cui riprendere i negoziati. Conclude affermando che non è positivo creare un blocco, ma è l'Esecutivo che deve assumere una decisione fattiva.

Il Dr. Antypas accoglie la proposta del Belgio, mentre il Portogallo prende coscienza del documento ma non intende firmare.

A questo punto si pone il problema di cosa faranno le tre delegazioni di Italia, Francia e Spagna. Il Dr. Bianco è del parere di limitarsi ad esprimere il proprio apprezzamento dell'iniziativa di Belgio e Grecia in nome dell'unità che vogliono ricostruire. L'affermazione viene accolta con un applauso.

Il Dr. Vorhauer (Francia) un po' alterato afferma che non si può rinegoziare ma semmai cominciare a negoziare. Si è già mostrata molta volontà di apparire conciliabili. Si scusa, poi, della reazione affermando che la stessa è dettata soltanto dalla volontà di ricostruire una unità che invece è così difficile da raggiungere. Il Dr. Bianco conclude sostenendo che era chiaro che ci sarebbe stato un forte coinvolgimento, ma è altrettanto evidente che non si può cambiare la realtà. Ringrazia comunque tutti per il contributo dato e ribadisce lo spirito di amicizia e il desiderio di collaborazione che ha sempre legato i nostri Paesi.