

PROFESSIONE NEFROLOGO

Quale futuro per i giovani nefrologi di oggi?



Carlo Manno, Simeone Andrulli, Yuri Battaglia, Claudio Pozzi

a nome e per conto dei componenti del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Nefrologia (Domenico Di Landro, Fulvio Fiorini, Martino Marangella, Antonello Pani, Giovanni Strippoli, Alessandro Zuccalà, Giancarlo Marinangeli, Giovambattista Capasso)

Corrispondenza a: Carlo Manno; Consiglio Direttivo; Società Italiana di Nefrologia; Viale dell'Università 11, 00185 Roma; mail: carlo.manno@uniba.it

Mail autore corrispondente: [Carlo Manno](mailto:carlo.manno@uniba.it)

Abstract

In questo articolo la Società Italiana di Nefrologia esamina i pericoli derivanti dai provvedimenti adottati negli ultimi anni dal Governo Centrale Italiano e dai Governi Regionali per la disciplina Nefrologia e quindi per la possibilità di lavoro per i giovani nefrologi. L'articolo riporta pertanto le principali norme legislative per inserirsi nel mondo del lavoro della Sanità pubblica e privata. Infine riporta un'ampia panoramica sulle norme di Accreditamento Istituzionale nella varie Regioni Italiane per accedere ai rimborsi da parte del Sistema Sanitario Nazionale per le strutture sia private che pubbliche. Questi criteri e standard costituiscono una importante opportunità per garantire da un lato la specificità della Specialità Nefrologia nell'assistenza dei pazienti nefropatici e dall'altro la necessità di un lavoro stabile e qualificato per il giovane nefrologo.

Parole chiave: Accreditamento Istituzionale, Specialità Nefrologia

Abstract

In this article, the Italian Society of Nephrology discusses the risks for the Medical Specialty in Nephrology and the possible lack of job opportunities by young nephrologists, that arises from the actions taken in the last years by National and Regional Italian Governments. The article reports the main legislative rules required to access the work system both in public and private hospital. Finally, we examined the different criteria and the standards requested for Regional Accreditation by Italian National Health System, and to obtain reimbursement by private and public providers. These requirements might be useful to guarantee both the specificity of nephrology specialty in the assistance to patients affected by kidney diseases, and a stable and qualified job for young nephrologists.

Introduzione

La Società Italiana di Nefrologia (SIN) e il suo Consiglio Direttivo sono consapevoli della difficile situazione in cui attualmente si trovano ad operare i giovani nefrologi. La scarsa offerta di posti di lavoro stabili e dignitosi rende acuto il disagio di quanti hanno effettuato un lungo percorso di preparazione e si affacciano, non prima dei 30 anni, alla soglia del mondo del lavoro. La problematica è di ampia portata e verosimilmente di non facile soluzione. Abbiamo pensato, grazie anche al contributo stimolante di giovani nefrologi e specializzandi in Nefrologia, di provare ad offrire qualche spunto di chiarimento ed anche di discussione

su questi aspetti. Lo scopo vorrebbe essere quello di intraprendere opportune iniziative, a livello societario e ministeriale, utili a bloccare questa linea di tendenza negativa e tentare di porre le basi per un'inversione di rotta.

La prima difficoltà che abbiamo incontrato è quella di non conoscere la reale portata di questo fenomeno a livello nazionale e di non avere dati certi che ci confermino l'esistenza, come pensiamo, di importanti differenze inter-regionali. Questo punto potrebbe essere superato invitando i soci della SIN ad aggiornare sul sito la loro situazione lavorativa, compilando i nuovi campi relativi alla posizione funzionale, al tipo di contratto lavorativo e alla realtà (ospedaliera, universitaria o territoriale) in cui operano. L'utilità di queste informazioni è facilmente intuibile, se si pensa che potrebbero costituire materiale da cui partire per proporre interventi correttivi a livello ministeriale. Infatti, la nostra intenzione è quella di portare all'attenzione del Ministero della Salute le gravi problematiche lavorative di molti giovani nefrologi. Non ci illudiamo certamente che i politici risolvano i nostri problemi, ma possiamo almeno cercare di attuare una positiva azione di stimolo e di pressione, presentando loro i dati a nostra disposizione. La SIN ha recentemente esaminato i provvedimenti assunti dal Governo Italiano e dal Ministro della Salute Balduzzi alla fine della scorsa legislatura ed ha preso una posizione molto chiara sui pericoli derivanti da un'applicazione automatica ed acritica della **Bozza Decreto Regolamento su "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 Dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 Agosto 2012, n.135"**, che comporta, tra l'altro, un declassamento delle piante organiche e una massiccia riduzione dei posti di Nefrologia [1][2]. Valutando il problema nel corso degli ultimi decenni, può essere che ci si accorga che veniamo da una fase di "vacche grasse" non più sostenibile. Così, quanto è stato concesso negli anni passati rischia di pesare in modo negativo sui giovani nefrologi di oggi, che si vedono precluse le opportunità di lavoro che hanno avuto a loro tempo i colleghi più anziani. Oltre alle difficoltà di trovare un primo impiego, per il blocco delle assunzioni soprattutto nelle regioni con piano di rientro, si aggiunge l'ostacolo creato dai numerosi nefrologi pensionati, che occupano posti di consulenza nefrologica a vario livello, riducendo ulteriormente le opportunità di lavoro dei più giovani. Ma la piaga maggiore, riferita da molti giovani nefrologi, è quella di "respirare un'aria pesante e di sentirsi umiliati" alla fine di un lungo percorso formativo, che li ha visti impegnati insieme alla loro famiglia. Infatti, vi sono giovani nefrologi che devono ripiegare su altre attività non attinenti alla loro specialità, come le guardie notturne in pronto soccorso o in case di cura e l'attività medica in centri sportivi o in centri estetici, con un contratto a tempo determinato o, peggio, come libero professionisti, senza copertura assicurativa adeguata, senza garanzia di ferie o di assenza per malattia e senza tutela in caso di gravidanza.

Quale risultato possiamo attenderci da questo scenario? I pazienti possono ritenere che in questo modo siano adeguatamente curati? La prevenzione delle malattie, che garantisce per definizione risultati positivi solo a lungo termine, può essere perseguita con efficacia? Un medico senza un iter formativo nella specialità "Nefrologia" è in grado di assicurare una cura appropriata ai pazienti di un Centro Dialisi? Una selezione attenta dei nefrologi più preparati può migliorare la cura dei nostri pazienti, in questo momento di carenza di opportunità di lavoro?

A questi interrogativi cercheremo ora di offrire spunti di riflessione, senza la pretesa di essere esaustivi, data la complessità e la vastità della problematica in campo.

La nefrologia nella sanità pubblica

I Concorsi Pubblici

Per partecipare ai concorsi pubblici per il I livello dirigenziale del ruolo sanitario è importante raccomandare al candidato di leggere attentamente il bando emanato dall'ASL o dall'Azienda Ospedaliera (art. 3, comma 2, Decreto Presidente Repubblica 9.05.1994, n. 487, e successive modificazioni ed integrazioni) sul quale sono indicati il numero dei posti messi a disposizione col concorso [3]. La pubblicazione del bando avviene sul Bollettino Ufficiale della Regione (o della Provincia autonoma) e, per estratto, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e può essere trovato sui siti web di ASL/Aziende Ospedaliere o sui motori di ricerca dedicati (www.concorsi.it).

Il bando può risultare abbastanza ostico per coloro che si affacciano per la prima volta al mondo del lavoro. La struttura del bando fa riferimento alle norme vigenti in materia (in particolare il DPR 10.12.1997, n. 483), anche per tutto quello non riportato esplicitamente nello stesso. Generalmente è diviso in una decina di punti, che possono essere riassunti in 2 grandi parti: la prima comprende le norme per la partecipazione al concorso e la seconda le norme relative alla modalità di svolgimento dello stesso.

Norme per la partecipazione al concorso

Queste norme comprendono:

Ammissibilità. Non possono accedervi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo o che siano stati dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione, per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Struttura della domanda. In allegato al bando è sempre disponibile uno schema esemplificativo della domanda da compilare.

Certificazione da allegare. Riguarda i titoli necessari per la valutazione di merito e la formazione della graduatoria, compreso un curriculum formativo-professionale datato, firmato e formalmente documentato.

Modalità e termine della presentazione. La domanda di partecipazione al concorso scade il trentesimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione del bando sulla Gazzetta Ufficiale.

Norme relative alla modalità di svolgimento del concorso

Queste norme comprendono:

Composizione della Commissione esaminatrice. La Commissione è nominata dal Direttore Generale dell'ASL o dell'Azienda Ospedaliera ed è composta da un Presidente (Dirigente di II livello nel profilo professionale della disciplina oggetto del concorso, preposto alla struttura), da due componenti (Dirigenti di II livello) e da un Segretario (funzionario amministrativo dell'ASL o dell'Azienda Ospedaliera).

Esame e punteggi. Le 3 prove d'esame riguardano le materie inerenti la disciplina a concorso ed i 100 punti a disposizione della Commissione vengono ripartiti fra titoli (20 punti) ed esame (80 punti, di cui 30 per la prova scritta, 30 per la prova pratica e 20 per la prova orale).

Titoli. L'art. 11 e l'art. 27 del DPR 10.12.1997, n. 483 fissano anche i criteri di valutazione dei titoli (10 punti per i titoli di carriera, 3 per i titoli accademici e di studio, 3 per le pubblicazioni scientifiche e 4 per il curriculum formativo-professionale). Nei certificati attestanti il

conseguimento del diploma di specializzazione dovrà essere specificata la durata del corso di specializzazione ed inoltre se lo stesso è stato conseguito ai sensi del Decreto Legislativo 8 agosto 1991, n. 257; in tal caso il punteggio attribuito alla specializzazione rientra nei titoli accademici e di studio ed è ottenuto moltiplicando il fattore 0,50 per il numero di anni del corso di specializzazione, a prescindere dal fatto che si tratti della specialità nella disciplina richiesta, oppure in una specialità equipollente o affine. Le specializzazioni antecedenti al Decreto Legislativo 8 Agosto 1991, n. 257 danno invece diritto a un punto nella disciplina a concorso, 0,5 punti in una disciplina affine, 0,25 punti in altra disciplina; tuttavia occorre precisare che non è valutabile la specializzazione richiesta come requisito d'ammissione. Notevole importanza ha d'altra parte il diploma conseguito ai sensi del Decreto Legislativo n. 368 del 1999; in tal caso si applica l'art. 45 dello stesso Decreto che permette di equiparare gli anni di specializzazione a un servizio di carriera come dipendente strutturato in enti pubblici. In questo caso, il servizio prestato nella disciplina oggetto del concorso o equipollente ad essa è valutato 1,20 punti per ogni anno e rientra nei titoli di carriera (Art. 27 comma 4 del DPR 482/1997); il servizio prestato in disciplina affine a quella oggetto del concorso è ridotto al 75% del punteggio pieno (quindi 0,90 punti per ogni anno); il servizio prestato in altre discipline rispetto alle precedenti è ridotto al 50% del punteggio pieno (quindi 0,60 punti per ogni anno). In mancanza di tali specificazioni nel certificato di specializzazione rilasciato dall'Università non si possono attribuire i relativi punteggi. Ai suddetti punteggi si possono ovviamente sommare i punteggi relativi ad eventuali anni prestati come dipendente in enti pubblici, anche con contratti a termine o di collaborazione coordinata e continuativa (CO.CO.CO); il servizio prestato come dipendente nell'ospedale privata viene invece valutato con una riduzione al 25% effettivo.

Convocazione. La modalità di convocazione dei candidati ammessi al concorso e la sede di svolgimento dello stesso sono contenute nel bando.

Utilizzazione della graduatoria. La graduatoria, approvata dal Direttore Generale dell'ASL o dell'Azienda Ospedaliera, e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione, rimane attiva per 3 anni dalla data di pubblicazione e può essere utilizzata per la copertura di eventuali posti per i quali il concorso è stato bandito e che si siano resi disponibili.

Un punto di fondamentale importanza è l'attento esame dei requisiti di ammissione al concorso. Questi requisiti suddivisi fra generali e specifici (art. 18, comma 1, Decreto Legislativo 30.12.1993, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni) sono:

Generali

- Cittadinanza italiana o in uno dei paesi della Unione Europea.
- Idoneità fisica all'impiego.

Specifici

- Laurea in Medicina e Chirurgia.
- Diploma di specializzazione nella disciplina oggetto dell'avviso e (art. 8, comma 1, del Decreto Legislativo 28.7.2000, n. 254, ad integrazione di precedenti decreti) o di specializzazione in una delle discipline equipollenti o affini (Decreto Ministeriale. 30.1.1998 e 31.1.1998, e successive integrazioni e modificazioni) [4]. È ammesso alla selezione, anche se sprovvisto della specializzazione richiesta, il personale in servizio a tempo determinato alla data 01.02.1998 presso Aziende sanitarie e ospedaliere, con la stessa qualifica e nella stessa disciplina messa a concorso.
- Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici in uno dei paesi della Unione Europea. E, fermo restando per tutti l'obbligo dell'iscrizione all'albo italiano, prima dell'assunzione in servizio.

La partecipazione alla selezione non è soggetta a limiti di età (art. 3, legge 127/1997).

È importante fare alcune precisazioni. I termini “equipollenza” e “affinità”, attribuiti alle diverse discipline delle specializzazioni, hanno un significato diverso, in quanto con la prima si intende “eguaglianza di valore e di efficacia, specialmente dal punto di vista logico e giuridico”, mentre con la seconda si fa riferimento all’“attinenza e analogia di caratteristiche”. La partecipazione al concorso è permessa sia a coloro che possiedono una specializzazione equipollente, sia a coloro che hanno una specializzazione affine. Ciò che differenzia queste condizioni è, come abbiamo visto, il punteggio attribuito agli anni di servizio. È fondamentale ribadire che l’ammissione ad un concorso è consentito a tutti quelli che possiedono la specializzazione nella disciplina in oggetto, ma anche a quanti possiedono una specializzazione equipollente o affine (Ministero della Salute, Decreti 30.01.1988, 05.08.1999, 02.08.2000, 31.07.2000, 26.08.2004, 18.01.2006, 19.06.2006).

Ma la specialità “Nefrologia” a quali altre specialità e equipollente o affine?

La specialità “Nefrologia” non è equipollente a nessuna delle specialità mediche; tuttavia, è riconosciuta affine alle specialità “Allergologia e Immunologia Clinica”, “Geriatrics”, “Medicina Interna” (Tabella I e II). Pertanto, i medici che dispongono della specialità “Nefrologia” possono partecipare ai concorsi per le specialità affini elencate, con un punteggio ridotto a causa del mancato riconoscimento della Nefrologia come specialità equipollente alla Medicina Interna. Occorre pertanto far presente a livello delle Istituzioni (Ministero della Salute e Ministero dell’Università), che spesso e soprattutto nel campo della Dialisi e del Trapianto Renale, il Nefrologo svolge un ruolo di Internista oltre che di Nefrologo.

La nefrologia nella sanità privata

Il modello della Rete Nefrologica

Negli ultimi anni la Società Italiana di Nefrologia ha condiviso con le Istituzioni Nazionali e Regionali una serie di proposte per soddisfare i bisogni della popolazione nefropatica. I criteri e gli standard di accreditamento delle strutture pubbliche e private costituiscono uno strumento di omogeneità indispensabile su tutto il territorio nazionale; ad essi occorre fare riferimento. Notevole importanza riveste la “Clinical Competence” o Competenza Professionale dello specialista nefrologo, cioè il patrimonio di conoscenze, abilità e comportamenti acquisiti durante il periodo di formazione accademica, integrati dall’esperienza lavorativa e dalla formazione continua [5] [6] [7]. L’insieme delle competenze individuali costituisce la “Clinical Competence d’équipe”, sulla cui base sono assegnate le attività (“privileges”, “skills”) autorizzate in ogni singola struttura dell’organizzazione. Le varie strutture nefrologiche, compresi i Centri Dialisi senza posto letto, devono essere, pertanto, collegate in una “Rete” Nefrologica, Dialitica e Trapiantologica, che sappia integrare gli interventi professionali dei nefrologi operanti nelle diverse strutture. Lo scopo è quello di garantire la continuità assistenziale e il soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione, consentendo allo stesso tempo una razionalizzazione delle risorse economiche [2] [8].

L’appartenenza del paziente nefropatico a questa Rete Nefrologica ne garantisce la continuità assistenziale. Lo stesso discorso è applicabile allo specialista nefrologo, sia che operi nel settore pubblico che nel settore privato, in quanto il modello deve garantire il mantenimento della sua “Clinical Competence” ed anche la possibilità di acquisire nuove competenze.

Il rapporto fra Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e soggetti erogatori pubblici e privati

I rapporti del SSN con i soggetti erogatori si basano su un processo articolato in tre passaggi: a) Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie; b) Accreditamento Istituzionale; c) Accordi contrattuali tra soggetti preposti alla funzione di tutela e soggetti erogatori delle prestazioni assistenziali (strutture di assistenza ospedaliera pubbliche e private, sia di degenza ordinaria che ambulatori e day hospital).

Il principio del rapporto unico di lavoro a tempo pieno per il Medico (Legge 30 Dicembre 1991, n. 412, Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31 Dicembre 1991) ha determinato l'incompatibilità con altro tipo di lavoro dipendente o convenzionato ed ha di fatto limitato l'esercizio della professione nelle Case di Cura private. Dal 1° gennaio 1993 il passaggio dal tempo definito al tempo pieno ha permesso, tuttavia, l'esercizio dell'attività libero-professionale, purché espletato fuori dall'orario di lavoro all'interno o all'esterno delle strutture sanitarie, con esclusione delle Case di Cura convenzionate con il SSN. Questo ha comportato una serie di cambiamenti del rapporto di lavoro in ambiente pubblico e privato.

Da un lato la nuova disciplina del rapporto di impiego ha introdotto nelle amministrazioni pubbliche alcuni aspetti di privatizzazione dei contratti e dei trattamenti economici, legati al perseguimento di obiettivi ed al raggiungimento di risultati mediante indicatori concordati e misurabili. La nuova natura privatistica del rapporto di lavoro dei pubblici dipendenti ha introdotto, inoltre, nuovi elementi nei procedimenti di selezione per l'accesso al lavoro, trasferimenti e mobilità interna ed esterna. Ad esempio nel caso dei Dirigenti di II livello il rapporto di lavoro del pubblico impiego si costituisce non più per selezione di un vincitore, ma per conferimento di un incarico all'interno di un gruppo di idonei mediante un contratto individuale di lavoro.

Dall'altro lato, il convenzionamento delle Case di Cura Private con il SSN, ha reso necessario l'introduzione di elementi pubblici e la definizione dei ruoli e degli organici medici nell'accesso al lavoro privato. Nelle Case di Cura private operano circa 15.000 Medici; di questi circa il 44% ha un rapporto di lavoro subordinato (dipendenti), mentre il 56% ha un rapporto libero-professionale autonomo con carattere di collaborazione coordinata e continuativa (Fonte: Sindacati Privati); d'altra parte nel Settore pubblico operano circa 110.000 Medici, di cui oltre il 10% con rapporto atipico a termine seppur di dipendenza (Fonte: Sindacati Pubblici). Purtroppo i Medici con rapporto libero-professionale sono da ritenersi precari, in quanto pur desiderando un rapporto stabile di dipendenza, finiscono nella palude legislativa del rapporto parasubordinato (i co.co.co), con gli stessi doveri nei confronti del malato e gli stessi rischi professionali. Al contrario l'accREDITAMENTO istituzionale ha favorito soprattutto un radicale cambiamento nel rapporto tra pubblico e privato, che vengono posti dalla norma sullo stesso piano con uguali diritti ed uguali doveri.

La convenzione è lo strumento attraverso il quale l'ospedalità privata assume competenze e funzioni pubbliche, in quanto l'ente pubblico (Regione) ricorre ad essa per integrare o sostituire alcune attività offerte ai cittadini utenti e stabilite nei Piani Sanitari Regionali. Ai fini del convenzionamento (molto più cogente rispetto alla semplice autorizzazione ad una attività sanitaria) e quindi dell'accesso alle relative tariffe di remunerazione delle prestazioni sanitarie, la Regione ha il diritto-dovere di definire preliminarmente le caratteristiche funzionali delle strutture private e i relativi requisiti di dotazioni organiche, qualificazione e attribuzione del personale medico e non medico, al fine di assicurare livelli di prestazioni analoghe a quelli delle strutture pubbliche.

Accreditamento delle Strutture pubbliche e private

Allo scopo di garantire l'uniformità sul territorio nazionale della quantità e della qualità delle prestazioni erogate, il Decreto del Presidente del 14 Gennaio 1997 ha definito i requisiti minimi (strutturali, tecnologici e organizzativi) per ottenere l'accreditamento istituzionale da parte di tutte le strutture pubbliche e private [9]. Per accedere al convenzionamento con il SSN e, quindi, al rimborso dei ricoveri ospedalieri mediante il sistema DRG e delle prestazioni ambulatoriali mediante i Tariffari ambulatoriali, le Regioni hanno individuato dei criteri aggiuntivi ai requisiti minimi necessari per l'accreditamento istituzionale; ciò non impedisce alle singole strutture di avvalersi dei metodi di accreditamento volontario d'eccellenza mediante gli enti di certificazione riconosciuti (Sistema ISO 9000, Joint Commission, etc).

Per quanto concerne le prestazioni ambulatoriali, sia intra- che extra-ospedaliere, i requisiti minimi organizzativi del DM 14.01.1997 fanno specifico riferimento a:

- presenza di almeno un Medico responsabile delle attività cliniche
- presenza di personale proporzionale al numero e alla tipologia delle attività svolte.

Nel caso delle attività dialitiche (pubbliche o private), svolte all'interno o all'esterno della struttura ospedaliera, le Regioni hanno ulteriormente specificato i criteri per accedere all'accreditamento e al convenzionamento delle strutture private (Tabella III).

Nell'ambito privato, pur rimanendo la possibilità di impiego contestuale di medici dipendenti e medici a rapporto libero-professionale, l'accreditamento istituzionale ha dato in molte Regioni una forte spinta verso la dotazione organica di medici dipendenti. Ad esempio la Regione Campania fissa per i Centri Dialisi privati una quota di medici a rapporto libero-professionale fino ad un massimo del 28% dell'organico, con esclusione del Direttore di Struttura (Regolamento n. 3 del 31 luglio 2006 – Bollettino Ufficiale Regione Campania n. 41 del 5 settembre 2006) [10]. Nella Regione Puglia i requisiti sono meno stringenti; tuttavia si specifica che le tipologie di rapporto di lavoro diverse da quello di dipendenza devono soddisfare il requisito del tempo pieno e possono costituire solo integrazione del fabbisogno ordinario del personale (Regolamento Regionale n. 3 del 5 febbraio 2010, Modifiche ed integrazioni al Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 25 suppl. del 08-02-2010) [11]. Questi criteri sottolineano l'importanza del collegamento in rete delle strutture dialitiche di vario livello e della salvaguardia dell'assistenza specialistica nefrologica in tutti Centri pubblici e privati; si sottolinea inoltre come il rapporto di dipendenza in ambiente privato sia un elemento necessario ed indispensabile non solo per l'autorizzazione ad operare, ma soprattutto per accedere al convenzionamento con il SSN (Tabella IV e V).

Rapporti di lavoro nell'ospedalità privata

I rapporti di lavoro sono disciplinati da contratti e accordi collettivi tra le Associazioni rappresentative delle Case di cura laiche (AIOP) e religiose (ARIS) e la Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata (CIMOP). Negli ultimi anni la CIMOP ha smesso di occuparsi degli Accordi Collettivi per i Medici a rapporto libero-professionale, concentrando tutta l'attività sindacale per la regolamentazione del rapporto del lavoro dipendente. Il contratto di dipendenza per i Medici operanti nelle Case di Cura convenzionate si ispira per analogie funzionali ed impostazione generale all'accordo per il settore pubblico. Una sostanziale differenza riguarda l'assunzione che avviene nominativamente a discrezione della Direzione Amministrativa; anche l'assegnazione di mansioni superiori avviene a discrezione della Direzione, purchè subordinata al possesso dei requisiti professionali e di anzianità prescritti. A differenza del settore pubblico che prevede soltanto due livelli di Dirigenza Medica, sono

stati mantenuti i precedenti inquadramenti e distinzioni del personale medico in varie qualifiche e attribuzioni: Direttore Sanitario, Responsabile di Raggruppamento e/o di Servizio, Aiuto Dirigente, Aiuto, Assistente. Il Direttore Sanitario ha le stesse attribuzioni e funzioni del settore pubblico, il Responsabile riveste le stesse funzioni del Dirigente di II livello (ex Primario di Unità Operativa Complessa), l'Aiuto Dirigente coordina un Servizio Autonomo (analogo ad Unità Operativa Semplice) per il quale la convenzione/accreditamento non prevede la figura del Medico Responsabile, l'Aiuto e l'Assistente hanno le funzioni di Dirigente di I livello in differenti posizioni funzionali. In sintesi i requisiti per la nomina e le attribuzioni sono incentrati sulla anzianità di laurea per un numero di anni congruo al livello da ricoprire, sulla specializzazione, o in mancanza sul servizio effettuato in ambito pubblico ospedaliero o universitario nella disciplina stessa o equipollente/affine per un numero di anni congruo, e sull'anzianità di servizio relativa al livello stesso come dipendente nella stessa Ospedalità privata. Le Case di Cura dotate di posti letto multispecialistici devono avere un Direttore Sanitario, al quale è vietata la funzione di diagnosi e cura, con specializzazione in Igiene o equipollenti/affini. Nelle Case di Cura più piccole o monospecialistiche le funzioni di Direzione Sanitaria possono essere affidate ad un Medico Responsabile di Raggruppamento o di Unità di diagnosi e cura con rapporto di dipendenza a tempo pieno. Ogni Raggruppamento di Unità funzionali deve avere un Medico Responsabile con specializzazione nella disciplina prevalente del raggruppamento o in mancanza servizio ospedaliero o universitario nella disciplina. Gli Aiuti Dirigenti di Unità specialistiche senza Medico Responsabile e gli Aiuti devono avere la specializzazione nella disciplina specialistica stessa o, in mancanza servizio ospedaliero o universitario nella disciplina stessa. Il Medico Assistente deve avere i requisiti per l'assunzione in servizio previsti dalla legge.

Come si evince dalle normative vigenti, i requisiti degli organici delle Unità di diagnosi e cura sono molto stringenti ed incentrati nella specializzazione nella disciplina o, in mancanza, nell'anzianità di servizio pubblico ospedaliero o universitario nella disciplina stessa. È evidente quindi che una branca ultraspecialistica quale l'assistenza nefrologica al paziente emodializzato richieda la specializzazione e/o la formazione ospedaliera o universitaria; tali requisiti sono estremamente cogenti ed indispensabili per il funzionamento di un Centro Dialisi, anche e soprattutto se sprovvisto di posti letto autonomi.

Conclusioni

Abbiamo avuto, recentemente, la segnalazione da parte di alcuni nefrologi circa condizioni di lavoro poco dignitose presso alcune strutture private. Non è nostra intenzione stilare graduatorie arbitrarie o fare azioni di censura. Sappiamo bene che in Italia vi sono Centri Nefrologici di eccellenza sia nel pubblico che nel privato, così come vi sono realtà lavorative poco edificanti e scarsamente motivanti in entrambi i settori. Come atteso, le norme che regolano le assunzioni, le condizioni di lavoro e le retribuzioni sono più rigide e chiare nel settore pubblico mentre mancano o sono più elastiche in quello privato. Ad eccezione di alcuni esempi positivi quali la Puglia, la Campania, laddove manca chiarezza legislativa cresce il rischio del libero mercato, con tutte le possibili devianze ad esso connesso.

Nel maggio di quest'anno diverse organizzazioni sindacali mediche italiane hanno promosso in Sicilia una manifestazione di protesta sul precariato sanitario, con l'intenzione di far seguire eventi analoghi in tutta Italia. Uno degli organizzatori ha così sintetizzato il suo pensiero: "Molti precari sono ricattabili, perchè il precariato permette alle amministrazioni di fare ciò che vogliono non garantendo le tutele minime, la formazione e l'aggiornamento. Il precariato, quindi, danneggia non solo il medico, ma l'intero sistema sanitario" [12]. Sono parole forti, che, però, identificano bene una zona di ombra dell'attività lavorativa in cui si

Tabella 1. Tabelle a supporto.

Tabella I	Tabella valevole per la verifica e la valutazione delle specializzazioni equipollenti per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale medico del Servizio Sanitario Nazionale
Tabella II	Tabella relativa alle specializzazioni in discipline affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale - D.Lgs. 502/92 così come modificato dal D.Lgs. 254/2000
Tabella III	Accreditamento istituzionale regionale dei centri dialisi pubblici e privati in Italia
Tabella IV	Requisiti organizzativi generali e risorse umane
Tabella V	Assistenza specialistica ambulatoriale – Dialisi: requisiti organizzativi

trovano ad operare molti nefrologi; l'accreditamento istituzionale deve essere garantito e mantenuto soltanto dalle strutture, pubbliche o private, che utilizzino poco e solo in forma transitoria per il loro personale i contratti di lavoro precari libero-professionali e/o a tempo determinato.

Ma occorre fare un altro appunto, rivolto questa volta alle strutture sanitarie pubbliche. Spesso capita che nei bandi di concorso, accanto alla specificazione della disciplina in oggetto si tralasci di scrivere "...e specialità equipollenti o affini". Sembrerebbe una semplice dimenticanza, ma questa omissione a volte induce i giovani nefrologi a non presentare domanda per partecipare al concorso, ritenendo, erroneamente, di non possedere i requisiti necessari. L'arbitrarietà dei concorsi può essere ridotta notevolmente aumentando il peso da attribuire al curriculum formativo del partecipante rispetto all'esito della prova. Pertanto, la nostra Società Scientifica cercherà il modo per sottoporre all'attenzione delle Istituzioni la necessità di disincentivare il ricorso a contratti di lavoro precari libero-professionali e/o a tempo determinato e nello stesso tempo la necessità di limitare l'arbitrarietà dei concorsi, in modo da premiare il merito e la formazione specialistica.

In conclusione, la SIN, col suo Consiglio Direttivo, continuerà a lavorare per favorire un corretto accesso al mondo del lavoro dei nefrologi italiani e per garantire la tutela di quanti operano dentro la sanità privata.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i Presidenti e Delegati della Sezioni Regionali della Società Italiana di Nefrologia per il loro prezioso contributo nel reperire tutte le varie norme regionali in materia di Accreditamento Istituzionale.

Bibliografia

[1] Ministero della Salute, Bozza Decreto 20 Dicembre 2012. Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 Dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135

[2] Manno C e Zuccalà A. Modelli organizzativi della rete nefrologica, dialitica e trapiantologica italiana. *Giornale Italiano di Nefrologia*, 2013, 30, Vol. 3

[3] Decreto del Presidente della Repubblica 10 Dicembre 1997 n. 483 "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale". *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 13 del 17 gennaio 1998 Suppl.Ordinario

[4] Decreto Ministeriale 31 gennaio 1998 "Tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale". *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 37 del 1 febbraio 1998 - Suppl. Ordinario n.25

[5] Epstein RM, Hundert EM Defining and assessing professional competence. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2002 Jan 9;287(2):226-35

[6] Cohen JJ, Glassock RJ, Benson JA Jr et al. Evaluation of clinical competence in nephrologists. *Kidney international* 1988 Feb;33(2):608-9

[7] Quintaliani G, Cappelli G, Meneghel G. La Clinical Competence. *Nephromet: La rete delle conoscenze nefrologiche*. www.sin-italy.org

[8] Decreto 26 Ottobre 2012 dell'Assessorato per la Salute Regione Sicilia: "Costituzione della Rete Nefrologica regionale". *Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana* del 30-11-2012 – Parte 1 n. 51, pp. 68-73.

[9] Decreto del Presidente della Repubblica del 14 Gennaio 1997: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minime per l'esercizio delle

attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 42 del 20 febbraio 1997.

[10] Regolamento n. 3 del 31 luglio 2006 - "Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure dell'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale". – *Bollettino Ufficiale Regione Campania* n. 41 del 5 settembre 2006.

[11] Regolamento Regionale 5 febbraio 2010, n. 3: Modifiche ed integrazioni al Regolamento regionale 13 gennaio 2005, n. 3 'Requisiti strutturali per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie'. *Bollettino Ufficiale della Regione Puglia* - n. 25 suppl. del 08-02-2010.

[12] "Sicilia. Al via la prima manifestazione SMI contro il precariato". *Quotidiano online di informazione sanitaria*. QS edizioni, anno III, numero 563, 30 maggio 2013.