

# Come ha inciso sulla controversia la completa assenza di una politica dei redditi Ma che cosa ha scatenato quella rabbia?

di ERMANN0 GORRIERI

**L**A VERTENZA dei medici è un classico esempio di ciò che succede quando manca una politica dei redditi capace d'investire l'intero mondo del lavoro. Cosa ha scatenato la rabbia degli ospedalieri? Il fatto che, all'insegna della centralità della medicina di base, il governo abbia a suo tempo allentato i cordoni della borsa a favore dei medici di famiglia, con l'aggravante che poi si continua a tollerare il superamento della soglia di 1500 pazienti. Era inevitabile che ora ci si richiamasse ad un'altra «centralità» per giustificare la richiesta di miglioramenti da parte degli ospedalieri.

Se non si elabora un quadro di riferimento da porre a base della riforma del sistema retributivo, ne consegue una rincorsa caotica tra le categorie, ciascuna delle quali finisce per usare senza scrupoli il potere contrattuale di cui dispone. Da questo punto di vista non ha senso buttare la croce addosso ai medici.

Prescindiamo comunque dall'entità delle richieste, dai metodi di lotta e dai precedenti che hanno originato il braccio di ferro in corso. Esaminiamo invece la vertenza dei medici da un altro punto di vista: quello della

sua coerenza con le istanze meritocratiche invocate a sostegno delle rivendicazioni avanzate.

Se meritocrazia significa incentivare e premiare la capacità e l'impegno professionale, è difficile non essere d'accordo. Il problema però è più complesso di quanto comunemente si vuol far apparire. Infatti il ripristino delle distanze tra categoria e categoria ne è solo un aspetto.

Alla base della concezione meritocratica c'è la tesi che non siamo tutti uguali e che diverso è l'apporto di ciascuno di noi al bene della società. Se si parte da questo assunto, bisogna essere coerenti fino in fondo, prendendo atto che esigenze di diversificazione retributiva si presentano anche all'interno di ciascuna categoria.

Vari fattori contribuiscono a configurare il valore della prestazione di ogni individuo. La stessa professionalità oggettiva — insita, cioè, nel tipo di mansione svolta — non è uniforme:

anche nell'attività medico-ospedaliera esistono specializzazioni che comportano attitudini, preparazione, responsabilità più elevate rispetto a specializzazioni meno impegnative. Inoltre, accanto alla professionalità oggettiva c'è quella soggettiva, diversa da individuo ad individuo.

Così stando le cose, una vera operazione meritocratica dovrebbe comportare: A) lo smantellamento dei garantismi eccessivi (il posto di lavoro comunque assicurato) e degli automatismi (la progressione retributiva per mera anzianità); B) uno sforzo di ricerca di meccanismi di valutazione sia delle mansioni in sé, sia delle capacità e dell'impegno dei singoli.

Che muoversi in questa direzione sia difficile, è fuori dubbio. Ma ci si deve domandare se fra le cause di frustrazione — non solo dei medici, ma anche di altri settori del pubblico impiego — non ci sia per caso anche la constatazione che le persone che eccello-

no per capacità ed impegno ottengono riconoscimenti economici identici a quelli di coloro che si adagiano in una pigra «routine» professionale.

Il fatto è che la bandiera meritocratica viene agitata solo per far avanzare ciascuna categoria in blocco, a plotoni affiancati, mantenendo in vita, al suo interno, quell'egualitarismo e quegli automatismi che si dice di voler combattere.

Forse è eccessivo pretendere scelte diverse da chi, comprensibilmente, si preoccupa di salvaguardare la compattezza della categoria per mezzo di sostanziosi aumenti per tutti. Bisogna però chiamare le cose con il loro nome: una linea rivendicativa di questo genere è più corporativa che meritocratica.

A queste osservazioni, valide per gran parte delle categorie del lavoro intellettuale, se ne deve aggiungere un'altra che riguarda specificamente i medici ospedalieri. Infatti, se si esamina il

loro trattamento economico in atto finora, si constata che la mortificazione delle capacità e dell'impegno dei singoli, dovuta al livellamento degli stipendi, è aggravata da un irrazionale diversificazione nel godimento delle compartecipazioni.

Si tratta di un istituto che, secondo l'accordo raggiunto fra il governo e i sindacati confederali, dovrebbe essere riformato e che rientra fra i temi in discussione in sede di nuove trattative. A conferma della necessità di una radicale riforma, vengono qui riportati dati relativi agli emolumenti corrisposti di fatto nell'anno 1982 ai medici operanti in una Unità sanitaria locale del nord. Questi dati hanno carattere esemplificativo, perché le norme contrattuali in materia sono variamente applicate. Sono comunque dati indicativi di trattamenti notevolmente diffusi.

I dati della tabella 1 parlano da soli. Le differenze negli emolu-

menti dei medici non sono frutto dell'applicazione di criteri meritocratici. Al contrario, pur non sottovalutando l'importanza di tutte le attività ospedaliere, si può notare che in coda alla classifica retributiva si trovano specializzazioni, come quelle di medicina generale e di chirurgia, che richiedono qualità professionali fra le più elevate. Si arriva addirittura al paradosso che qualche assistente di reparti «ricchi» ha guadagnato di più dei primari dei reparti «poveri». Dalla tabella 2 si può dedurre un'osservazione d'altro tipo: a causa della forte progressività dell'Irpef, la differenza di reddito netto fra il primario e l'assistente appare veramente inadeguata.

Siamo dunque in presenza di un sistema retributivo decisamente irrazionale, che non può essere adeguatamente modificato sotto la pressione di uno sciopero sempre più devastante. È auspicabile che i medici si rendano disponibili ad un esame pacato ed approfondito del problema con l'obiettivo di arrivare ad una riforma veramente meritocratica, che vada al di là di quelle che appaiono mere rivendicazioni di casta.

## Quanto si guadagna nell'unità sanitaria

EMOLUMENTI LORDI PAGATI NEL 1982 IN UNA UNITÀ SANITARIA LOCALE DEL NORD A PRIMARI ED ASSISTENTI A TEMPO PIENO CON DIECI ANNI DI ANZIANITÀ\*

		PRIMARIO	ASSISTENTE
MEDICINA	MINIMO	39.819.000	27.180.000
	MASSIMO	40.250.000	27.388.000
ANESTESIA		40.871.000	27.524.000
CHIRURGIA	MINIMO	40.586.000	27.506.000
	MASSIMO	42.937.000	28.650.000
ORTOPEDIA		44.819.000	29.403.000
ODONTOIATRIA		46.878.000	30.202.000
OSTETRICIA		47.737.000	30.632.000
OCULISTICA		51.080.000	32.203.000
ENDOCRINOLOGIA		53.200.000	33.213.000
RADIOLOGIA	MINIMO	53.674.000	26.100.000*
	MASSIMO	59.469.000	36.248.000
CENTRO TRASFUSIONALE		68.117.000	40.472.000
LABORATORIO	MINIMO	57.839.000	35.433.000
	MASSIMO	72.999.000	43.345.000

Stipendio.....	11.588.000	8.261.600
Indennità integrativa speciale.....	6.179.950	6.179.950
13 <sup>a</sup> mensilità.....	1.487.607	1.210.407
Indennità ospedaliera medico-profess.....	7.120.000	5.360.000
Indennità di medico ospedaliero.....	8.200.000	3.500.000
Indennità responsabilità primaria (importo medio).....	1.920.000	—
Totale stipendio anno lordo.....	36.495.557	24.511.957
Compartecipazioni.....	3.324.000	2.669.000
Totale emolumenti annui lordi.....	39.819.557	27.180.957
Ritenute previdenziali e assistenziali.....	2.612.768	2.099.255
Reddito imponibile.....	37.206.789	25.081.702
Irpef.....	10.884.000	6.330.000
Reddito annuo netto.....	26.322.789	18.751.702
Reddito mensile netto (annuo: 13).....	2.024.829	1.442.438

Reddito di un primario e di un assistente a tempo pieno con dieci anni di anzianità, operanti nella clinica medica con le compartecipazioni più basse (con esclusione di eventuali altri straordinari e di eventuali proventi dell'attività libero-professionale).

### Assistenti, primari Stipendi a confronto

Gli emolumenti qui indicati risultano dalle compartecipazioni effettivamente corrisposte nella Usl presa in esame sommate allo stipendio previsto dal contratto per due ipotetici medici a tempo pieno con dieci anni di anzianità: il riferimento alla medesima anzianità per tutti permette il confronto fra situazioni omogenee. Ovviamente le singole persone reali hanno guadagnato di più o di meno a seconda dell'effettiva anzianità di servizio. Le compartecipazioni sono il compenso ai medici per le prestazioni effettuate a pazienti non ricoverati (visite, esami, interventi) in plus-orario (come prescrive il contratto, peraltro

non sempre rigidamente osservato). Le compartecipazioni comprendono una quota spettante alla équipe medica del reparto in cui sono effettuate le prestazioni più una quota attinta ad un fondo comune e distribuita con criteri inversamente proporzionali per favorire le cliniche e le divisioni «povere». Dagli emolumenti indicati sono esclusi gli eventuali altri straordinari ed eventuali proventi dell'attività libero-professionale svolta in ospedale a favore di clienti privati. Per queste ultime attività — non svolte da tutti e comunque effettuate in misura molto varia — la Usl ha erogato una media di un milione e mezzo per medico nel 1982.

\* errore tipografico: leggere 33.400.000