

# Medici, merito e corporazione

di ERMANNO GORRIERI

**U**NA premessa ovvia: le regole dell'efficienza debbono valere nel settore pubblico come in quello privato. Prima di tutto per elementari ragioni di civiltà: i cittadini hanno diritto a servizi adeguati. Ed anche per ragioni economiche: nel prezzo dei prodotti italiani che debbono competere nel mercato mondiale è incorporata una quota dovuta al costo eccessivo e all'inefficienza dei servizi pubblici.

L'assistenza ospedaliera è uno dei più importanti servizi da riorganizzare secondo criteri di efficienza. Non ho esperienza in proposito, se non quella di assiduo cliente. Sommessamente, mi pare che un miglior funzionamento si otterrebbe ridando autonomia agli ospedali e adottando sistemi di gestione di tipo aziendale, in un quadro di competizione che stimoli l'ottimizzazione dei servizi prodotti.

Due risorse sono fondamentali per un ospedale-azienda: tecnici di alto livello (medici e paramedici) e capacità manageriale (che non si acquista automaticamente con la laurea in medicina e tanto meno con la militanza politica). Al risultato aziendale (qualità del servizio prodotto e contenimento del suo costo) può contribuire in misura determinante una gestione del personale che valorizzi e premi, sul piano professionale ed economico, coloro che sono più capaci e più disposti a dare il meglio di sé: in una parola, una gestione meritocratica.

A questa dicono di puntare i medici con la loro vertenza. Ma, come del resto altre categorie del lavoro intellettuale, essi confondono meritocrazia e corporativismo: chiedono, cioè, un trattamento particolare riservato alla categoria presa nel suo complesso.

Al contrario, il «merito» — cioè la qualità del lavoro nei suoi due aspetti della capacità e dell'impegno — non è un dato collettivo e indifferenziato. Sul piano stesso dei contenuti oggettivi delle mansioni, nell'attività medico-ospedaliera esistono specializzazioni che comportano attitudini, preparazione, responsabilità più elevate rispetto ad altre. A maggior ragione, la professionalità soggettiva e l'impegno personale sono diversi da individuo a individuo.

Se questo è il senso della meritocrazia, non sembra fondato il paragone fra la rivolta dei medici e la marcia del «quarantamila» nel 1980 a Torino. I quadri e i dirigenti che la promossero chiedevano la valorizzazione del loro lavoro secondo regole che nulla hanno a che fare con il rapporto di pubblico impiego. Infatti la svolta anti-egualitaria che ne seguì è stata caratterizzata dall'accentuazione del processo di diversificazione delle retribuzioni individuali, nelle quali oggi hanno peso determinante, oltre a benefici accessori, i superminimi personali (chiamati appunto «aumenti di merito») il cui importo è frutto di una valutazione, magari contrattata, della qualità del lavoro del singolo ed è spesso legata al risultato aziendale. E ciò — particolare non trascurabile — senza alcuna garanzia di stabilità.

**C**HIEDONO qualcosa del genere i medici? La risposta è positiva se si considera il documento dei sei professori di Milano (Boeri, Cornelio, Pellegrini, Sirchia, Veronesi, Zanussi). Si tratta di una proposta di radicale riorganizzazione del sistema ospedaliero, nel cui ambito sono previsti alcuni criteri di gestione flessibile e meritocratica del personale (valutazione del lavoro, contratti a termine, licenziabilità).

Al contrario, i nove sindacati autonomi — con uno sciopero attuato nella classica forma «a singhiozzo» che ricorda la stagione dell'estremismo sindacale più distruttivo — avanzano la richiesta di un contratto separato, destinato a fungere da supporto ad aumenti generalizzati per l'intera categoria.

A questo punto apriamo una parentesi sugli attuali guadagni dei medici ospedalieri. E facciamo un esempio relativo alla qualifica e all'anzianità della loro maggioranza: gli assistenti a tempo pieno con dieci anni di anzianità. Il loro stipendio tabellare (comprendente, cioè, le voci che spettano a tutti) è stato nel 1985 di 33 milioni 362 mila 833 lire lorde, pari a 1 milione 681 mila 295 lire nette per tredici mensilità. Poi, oltre ai compensi per le guardie e la reperibilità, ci sono le cosiddette compartecipazioni, di importo vario a seconda dei reparti: in una Usl del Nord, si è andati da una media di 4 milioni 400 mila lire (213 mila lire mensili nette) nei reparti in cui si lavora quasi esclusivamente per i ricoverati (medicina generale, chirurgia) ad una media di 23 milioni 700 mila lire (un milione 102 mila lire mensili nette) nei reparti in cui si fanno le analisi e le radiografie anche ai mutuatisti esterni, mandati dall'Usl. Infine possono esserci i proventi della libera professione esercitata in ospedale a favore di clienti privati, di importo che ha oscillato tra uno e dieci milioni, con qualche punta superiore ai 25 milioni. E' troppo basso un guadagno di fatto che, per l'assistente di media anzianità, parte da un minimo sui due milioni netti al mese? E' difficile dirlo senza comparazioni con altri lavoratori. Quella che comunque è evidente è l'iniquità e l'irrazionalità delle differenze tra i medici; si arriva al paradosso che un assistente può guadagnare più di un primario.

**C**OMUNQUE il nocciolo del problema non è di soldi, ma di riforma della gestione del personale nel quadro di una nuova organizzazione ospedaliera. Se i medici sono disposti a trasformare il loro attuale rapporto di pubblico impiego (con i garantismi, gli automatismi per anzianità, gli appaltamenti che lo caratterizzano) in un rapporto di lavoro analogo a quello dei dirigenti e dei quadri dell'industria, non è il caso di badare a spese. In questa ipotesi si giustificherebbe il contratto separato, che peraltro dovrebbe investire l'intera «équipe formata da medici, tecnici, biologi e infermieri, che deve essere al centro di tutto», come ha detto domenica a «Repubblica» il professor Sirchia.

Una risposta alla sfida corporativa dei medici, che fosse ispirata a criteri di effettiva meritocrazia, potrebbe diventare il punto di partenza per un cambiamento qualitativo del servizio ospedaliero.