



FEDER.S.P.eV.

Sindacato dei pensionati sanitari

Sezione di Varese

Il Medico, la pensione e la vecchiaia

Indice

Introduzione	pag. 3
Presentazione di FEDER.S.P.eV.	pag. 5
La vecchiaia: cos'è e come gestirla	pag. 9
Il medico e la pensione	pag. 17
Perché un medico decide di andare in pensione	pag. 20
Riflessioni di un pensionato ancora attivo sulla Sanità di oggi	pag. 23
La pensione di reversibilità	pag. 25
Conclusioni	pag. 28

Introduzione

Nell'ultimo decennio la popolazione medica in attività ha subito un progressivo invecchiamento e, secondo i dati Eurostat pubblicati nel Gennaio 2025 in Italia, nel 2022, il 26,7% dei medici ha superato i 65 aa, classificando il nostro Paese con la quota più alta di medici che hanno superato tale età in Europa, prospettandosi il pericolo di mancato ricambio generazionale per quelli che vengono ritenuti gravi errori di programmazione rispetto alle esigenze del Servizio sanitario Nazionale.

Ma anche prolungando la vita lavorativa, come permesso da recenti norme di legge, fino a 70-72 anni, si arriva al momento di andare in pensione con un cambiamento importante della propria vita e con la necessità non secondaria di trovare una tutela economica in base ai versamenti che ciascun medico ha effettuato nella sua vita lavorativa proprio come contributo pensionistico.

La pensione è, infatti, retribuzione differita. Non è una prestazione assistenziale né di carattere fiscale. Al pari dello stipendio, deve essere proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro ed adeguata non solo al momento del riposo, ma anche dopo, durante la quiescenza, in relazione ai mutamenti del potere d'acquisto.

Da molti anni per consentire un risparmio di spesa il recupero dell'inflazione non è stato pieno per medici ed altri professionisti ed era progressivamente svantaggioso per chi ha una pensione più elevata rispetto alla pensione minima, secondo riduzioni che sono percentualmente variate negli anni e secondo l'importo mensile. Si tratta di una palese iniquità contro la quale sono in corso diverse iniziative legali a livello della Corte Costituzionale sostenute anche da FEDERSPeV. Nel Gennaio 2025 la Corte costituzionale ha deciso che la perequazione automatica delle pensioni (ossia l'adeguamento delle pensioni all'inflazione) debba essere garantita, ma la pubblicazione della sentenza non è ancora avvenuta al momento della stesura di queste note e quindi non è possibile esaminarne il dispositivo ed inoltre non si conosce la risposta del Governo in merito.

La decisione riguarderebbe il ripristino dell'adeguamento totale delle pensioni che era stato limitato in passato da alcuni provvedimenti a causa della crisi economica.

Ora, pertanto, le pensioni dovrebbero essere rivalutate in modo congruo rispetto all'aumento del costo della vita, senza più le limitazioni che erano state imposte in precedenza.

Il medico che invecchia non lamenta il solo progressivo impoverimento, ma può avere esigenze diverse che possono essere tutelate a livello sindacale.

Esistono diversi Enti che si occupano dei Medici in pensione, ma qui vogliamo esporre la posizione della FEDER(azione) dei S(anitari) P(ensionati) eV (e vedove). Dicendo Sanitari, indica medici, farmacisti e veterinari; aggiungendo la eV (e vedove) ha il grande merito di ricordare che esiste qualcuno che, pur senza essere stato in prima fila, ha occupato, a lungo, un posto fondamentale nella seconda.

In queste note cerchiamo di esporre alcune questioni sulla vecchiaia dei medici, la posizione e le iniziative della FEDERSPeV di Varese cui sono iscritti sanitari di diversa estrazione professionale, con l'intento di favorire una coscienza solidale tra i pensionati varesini.

Presentazione di FEDER.S.P.eV.

È molto frequente che una persona viva l'intera vita dedicandosi prevalentemente al suo lavoro; nel caso di medici, farmacisti e veterinari, questo impegno comporta stretto e continuo contatto con sofferenze e disagi, con soggetti malati bisognosi di accertamenti e cure, giorno dopo giorno, spesso anche di notte e di domenica. Non è come dire e, soprattutto, non è facile capire come sia coinvolgente e impegnativo contrastare tutti i giorni il dolore e la sofferenza. Ed ecco che questo ritmo incalzante, intriso di emozioni intense, a volte appaganti, a volte frustranti, arricchito dalla sensazione di poter essere in qualche modo utili, improvvisamente si blocca. Anagrafe e burocrazia hanno segnato la data: è giunta l'ora della pensione! Da oggi in poi non si lavora più o, almeno, non lo si fa più nelle stesse strutture e nelle stesse condizioni: poco o tanto, ti pagano anche se stai a casa. Sapevamo che, prima o poi, sarebbe successo, ma quando avviene è un attimo: dalla sera di oggi alla mattina di domani è una rivoluzione totale. E adesso? Non è sorprendente che questo improvviso cambiamento possa rappresentare un momento di crisi, tanto da essere elencato tra le cause più frequenti di stress. Qualcuno potrebbe obiettare: si smette di lavorare e finalmente si può disporre del proprio tempo in piena libertà! Cosa c'è di stressante? Prima di tutto la sensazione di essere improvvisamente invecchiati e, subito dopo, di essere diventati superflui, invisibili. Inutile chiedersi: come faranno senza di me? È immediatamente evidente che eri, sei e sarai, come tutti, facilmente sostituibile. Altro motivo di delusione e ridimensionamento.

Ecco che, in considerazione di tutto quanto detto, alla metà degli anni Sessanta del secolo scorso, a Roma, un gruppo di persone provenienti dalle associazioni dei medici generici e dei medici ospedalieri ha pensato che sarebbe stato opportuno lavorare alla costruzione di una federazione che si occupasse di aggregare queste tipologie di lavoratori in pensione, al duplice scopo di interpretarne il comune imbarazzo e di sostenerne gli interessi economici e culturali: nasce così la FEDER.S.P.eV.

La sigla non è bellissima, dobbiamo ammetterlo, ma nella sua struttura cerca di spiegare la tipologia dei possibili soci: FEDER(azione) dei S(anitari) P(ensionati) eV (e vedove). Dicendo Sanitari, indica medici, farmacisti e veteri-

nari; aggiungendo la eV (e vedove) ha il grande merito di ricordare che esiste qualcuno che, pur senza essere stato in prima fila, ha occupato, a lungo, un posto fondamentale nella seconda: una linea scomoda, perché essere la moglie di un sanitario (nel tempo, si prenderà in considerazione anche l'ipotesi più rara del vedovo, cioè del marito sopravvissuto ad un sanitario femmina) significa dividerne tutti i disagi senza averne in cambio alcuna soddisfazione (aspetti economici a parte). Tutto il discorso di cui sopra è sostanzialmente ed efficacemente riassunto dall'articolo 1, parte prima, dello Statuto dell'Associazione:

LA FEDER.S.P.eV. è la Federazione dei Sanitari pensionati e delle loro vedove, legalmente costituita; ha sede in Roma; è apartitica e aconfessionale ed ha finalità sindacali, associative e di promozione sociale.

La seconda parte dell'articolo 1 dice della ripartizione territoriale dell'Associazione e cioè dei suoi organi periferici:

La FEDER.S.P.eV. è strutturata in Organi Nazionali, Regionali e Sezioni Provinciali.

Là dove si parla di organi periferici provinciali arriviamo alla nostra dimensione territoriale che riproduce quella ordinistica: là dove c'è un Ordine dei Medici, c'è anche una sezione della FEDER.S.P.eV con un Presidente, un Vicepresidente e alcuni Consiglieri che si avvicendano nei ruoli di segretario, tesoriere ecc.

La Sezione Provinciale della FEDER.S.P.eV. di Varese mette radici qualche anno dopo la fondazione nazionale. Il primo Presidente fu il dott. Gianluigi Scollo di Saronno cui successe il dott. Carlo Comi di Arcisate. Nel 2004 venne eletta alla Presidenza Armanda Cortellezzi Frapolli, coadiuvata dal vicepresidente Italo Belli. Evitiamo di elencare le altre precedenti cariche del Consiglio, limitandoci a ricordare quelli che hanno fatto sentire la loro presenza negli anni e di cui abbiamo sofferto via via la mancanza per inevitabili ed immaginabili motivi: Italo Belli, Alberto Mascetti, Mario Giorgetti, Emilio Corbetta, Ivano Lushi. Ed eccoci qui, sempre sotto la Presidenza di "Armanda".

A questo punto è inevitabile ed opportuno parlare della "nostra" attività in questi ultimi anni, elencando, in modo inevitabilmente sintetico ed esente da enfasi autocelebrative, le iniziative prese ed i riscontri obiettivi facilmente disponibili a chi voglia meglio documentarsi:

- Abbiamo assicurato una costante e autorevole presenza a tutti i Congressi Annuali Nazionali dell'Associazione entrando anche a far parte, da nove anni ad oggi, del Comitato Direttivo Nazionale
- Abbiamo partecipato anche a numerosi Convegni degli Organi Regionali Lombardi (Bergamo, Varenna, Milano ecc.)
- Abbiamo promosso, con cadenza trimestrale, riunioni del Consiglio Direttivo Provinciale, sempre in clima allargato e con discreta parte-

cipazione dei consiglieri e di alcuni iscritti, utilizzando anche, quando possibile, la sala messa a disposizione dalla sede dell'Ordine dei Medici di Varese

- È stata costante la scelta di associare incontri tecnici, dedicati a discutere problematiche organizzative ed economiche, ad incontri allargati ad amici e simpatizzanti, destinati a favorire la socializzazione (passeggiate e gite dedicate agli aspetti aggreganti del divertimento e della cultura, agevolati dalla presenza dei nostri bellissimi laghi e delle vicine montagne).
- Iniziative personali o associative hanno portato ad inserire articoli di nostri consiglieri nell'Organo nazionale di informazione (Azione Sanitaria)
- Alcuni soci hanno partecipato attivamente alla stesura di un libro edito a cura del Presidente della Regione Lombardia (prof. Marco Perelli Ercolini) dal titolo "*La penna del medico: nostalgie*", approfittando anche dell'abilità illustrativa di Corby (il compianto Emilio Corbetta) che ha arricchito il testo con ottime illustrazioni autografe.
- Un'altra vicenda editoriale, proposta dalla nostra Sezione, ha visto la luce nel 2018. Si tratta di un vademecum dal titolo "*Una sfida attuale: invecchiare rimanendo attivi*". Ancora ravvivata dai disegni del dott. Emilio Corbetta. La pubblicazione è stata possibile grazie alla sponsorizzazione dei Lions varesini con i quali la nostra associazione coltiva rapporti di collaborazione e amicizia.
- Sempre su iniziativa della nostra Sezione, in collaborazione con Antonino Arcoraci, Presidente della Sezione Provinciale di Messina, abbiamo promosso l'edizione di un altro libro dal titolo "*Non soli ma solidali*". Dedicato al compianto dott. Roberto Stella, Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Varese e tra le prime vittime del COVID-19, ha messo insieme le considerazioni, *in tema di coronavirus*, di molti colleghi di altre regioni del Paese a proposito dell'ultima pandemia. Anche in questo libro non sono mancati gli interventi di nostri volontari collaboratori.
- Recentemente sono stati organizzati, per iniziativa del consigliere Sergio Repetto, decano della cardiologia varesina, e in collaborazione con la CRI, corsi di rianimazione cardiaca destinati ad insegnare ad iscritti ed amici le tecniche fondamentali del massaggio cardiaco esterno e l'uso del defibrillatore. Corsi sono stati tenuti a Varese, Carnago, Cairate e l'interesse ha determinato anche un riscontro economico che ha consentito di finanziare la donazione di un defibrillatore al Comune di Varese.

Potremmo concludere qui, consapevoli di aver dimenticato molto altro, ma non volendo trascurare di sottolineare la costante attività del Consiglio diretta sempre disponibile ad appoggiare le iniziative della Federazione Nazionale rivolte a tutelare gli interessi economici: pensionistici e previdenziali, dei soci.

Ci fa piacere però finire ricordando che tutti gli anni, da sempre, ci ritroviamo in buon numero, in prossimità del Natale, a pranzo per gli auguri, anche con famiglie e amici, a raccontare di noi e di qualche amico che purtroppo non c'è più. Si discute dei futuri programmi e si propongono nuovi progetti associativi. È sempre una bella occasione per tirare le somme, stare insieme ed augurarci "buona continuazione".

Armanda Cortellezzi Frapolli

La vecchiaia: cos'è e come gestirla

La vecchiaia può essere definita come un incerto e strano intervallo tra la vita e la morte; una specie di corsa in discesa che avvicina progressivamente le entusiasmanti pienezze della vita al salto finale. L'incertezza è legata al fatto che si può morire giovani: è il modo più spiccio per esorcizzare l'intervallo; basta saltare direttamente dalla cima ed evitare le noie della discesa; risparmieremmo, in questo modo, anche la fatica di parlarne, ma è una soluzione del problema che suscita pochi entusiasmi. La stranezza dipende dalle diverse pendenze del percorso e dalle nostre capacità di adattamento: alcuni arrivano in fondo, prima di saltare, con i piedi pieni di vesciche, altri quasi si rallegrano della brezza della corsa e riescono ad approfittare delle diverse occasioni ed esperienze.

Il problema ci riguarda direttamente perché il nostro ordinamento sociale prevede che la pensione sia una prerogativa della vecchiaia e che non esistano pensionati giovani (una mia antica proposta di andare in pensione dai trenta ai quarant'anni e di proseguire poi a lavorare ad oltranza non è stata accolta da sociologi e politologi di scarsa fantasia e lungimiranza).

Considerazioni sulla lunghezza

La vita si sta allungando e rilevazioni statistiche sempre più accurate e precise confermano questa tendenza. Abbiamo mediamente a disposizione una maggior quantità di tempo. Si calcola che la vita media degli umani sia stata di circa 25 anni nell'età classica (nell'antica Grecia, per intenderci) senza sbalzi significativi sino alla metà del Settecento dove le elaborazioni consentono di azzardare un'età media di 30 anni in Europa. Nell'Italia di metà Ottocento la speranza di vita alla nascita rimaneva prossima ai 31 anni, ma in Inghilterra si cominciarono a sentire gli effetti della Rivoluzione industriale e si verificava un primo balzo in avanti sino ai 40 anni circa.

Dal 1926, data della fondazione dell'ISTAT, i numeri circa la situazione italiana ci sono stati forniti con precisione annuale, sono facilmente a disposizione e documentano una progressione impressionante e, sino ad ora, senza sosta. Per non stare a risalire troppo indietro nel tempo, proviamo ad iniziare dal 1974. La speranza di vita è di 69,6 anni per i maschi e di 75,8 per le femmine. Dieci anni dopo, nel 1984, arriviamo ai 71,9 anni per i maschi e a 78,1 anni per le femmine.

Nel 1994 siamo a 74,5 anni per i maschi e 80,8 per le femmine. Nel 2004 raggiungiamo i 78 anni per i maschi e gli 83,6 per le femmine. Nel 2014 ci avviciniamo agli 80 anni per i maschi e arriviamo agli 85 per le femmine. Le ultime rilevazioni mantengono la progressione sia pure con qualche rallentamento (il Covid?). Grosso modo, morto più, morto meno, potremmo dire che la tendenza costante, ad ora, è di un aumento della speranza di vita di circa due anni ogni dieci anni trascorsi. Restando stabile nel tempo la lieve discrepanza statistica tra la speranza di vita dei maschi e delle femmine, potremmo dire che, mantenendosi invariato il ritmo della progressione, nel 2100 la speranza media di vita arriverebbe ai cento anni per i maschi e supererebbe il secolo per le femmine.

Del tutto inutile, credo, soffermarsi sulle cause di questo fenomeno: i rapporti di vicinanza con i cambiamenti tecnologici prodotti dalle rivoluzioni scientifica ed industriale, la maggior disponibilità di farmaci efficaci (dagli antibiotici ai vaccini), il continuo progresso dei mezzi diagnostici e terapeutici, il costante miglioramento del benessere economico e generale sono elementi sufficienti a rendere plausibile il rapporto causa/effetto. È probabilmente inutile spendere tempo e fiato per convincere chi non crede che questi risultati siano da collegarsi ai progressi della biologia e della medicina; anche questi increduli finiranno comunque per avere più tempo a disposizione, magari utile per cambiare idea e per rivolgersi con maggior gratitudine al loro medico.

A questo punto è doverosa una riflessione: questa sostanziale modifica della curva di sopravvivenza è da considerarsi un vantaggio, una faccenda positiva? Credo che la risposta data dagli "anziani" sia univoca: certamente sì! Ma se dovessimo considerare il problema da un punto di vista giovanile ed economico? Chi si occuperà di questa massa sempre più numerosa di vecchietti variamente inefficienti e rimbambiti? Chi pagherà le loro pensioni per un numero di anni sempre maggiore? È evidente che le risposte a queste domande siano più problematiche e che, nonostante tutto, possa spuntare all'orizzonte qualche tentazione "riduzionistica". Ad evitare conflittualità intergenerazionali potenzialmente pericolose è necessario passare al prossimo argomento.

Considerazioni sulla qualità

Come anticipato sopra, l'aumento della lunghezza della nostra vita rischia di essere controproducente se non accompagnato da un allungamento della partecipazione dell'anziano alla vita attiva della società, ovvero se non si sposta l'attenzione dalla quantità alla qualità di questa sopravvivenza.

Il problema non è nuovo ed è già stato preso in considerazione con enfasi colorita ed immaginifica addirittura nella mitologia classica con la storia di Titone. Chi è costui? È un principe troiano bellissimo che, di primo mattino, è già fuori in barca a pescare, esposto nudo allo sguardo di Eos, dea dell'alba, che se

ne innamora perdutamente. Siccome le femmine divine sono più spontanee e spregiudicate delle umane, Eos rapisce Titone e se lo porta con sé in Etiopia dove ne faranno di tutti i colori (ivi compresi due figli che però, essendo la madre una dea, non ne sciuperanno le sempiterni bellezze). Tutto proseguirebbe secondo natura, ma Eos non accetta l'idea che, prima o poi, Titone debba morire come succede a tutti gli esseri umani. L'incauta, amareggiata, tanto si lamenta e geme da indurre il padre Giove a concedere l'immortalità all'amato Titone, trascurando però di chiedere il miracolo aggiuntivo di mantenerlo giovane, caratteristica tipica di tutti i Dei dell'Olimpo. La vita del nostro Titone si allunga a dismisura e il poveretto, giorno dopo giorno, comincia ad invecchiare. Passano gli anni ed Eos non sa più che farsene di questo vecchietto imbruttito, sempre più debole e floscio, con una vocina che diventa più stridula ed acuta: lo mette in un angolo e lo abbandona nella sua stanza. Il povero Titone morirebbe volentieri per porre fine allo strazio, ma il regalo di Giove gli impedisce anche di suicidarsi; troverà una soluzione intermedia trasformandosi in cicala, volando dalla sua stanza all'aperto ed andando a frinire in modo dolce e malinconico alla finestra della sua amata, sempre giovane, bellissima e ormai lontanissima.

La morale della storia non ha bisogno di commenti. E allora? Come evitare che una vita più lunga si trasformi in un supplizio per noi e per gli altri? Che si mantenga comunque degna di essere vissuta? E qui dobbiamo fare una piccola riflessione: per poter modificare qualunque realtà è indispensabile un presupposto: conoscerla! Ed eccoci al nodo centrale del problema: cosa sappiamo della vecchiaia?

Elencherò, qui di seguito, alcuni passi importanti fatti, in tempi più o meno recenti, dalla biologia molecolare e dalla genetica a proposito dell'invecchiamento delle cellule e degli organismi pluricellulari, attingendo ad alcuni articoli scientifici di sicura autorevolezza¹. Sarò il più semplice e conciso possibile rinviando chi volesse approfondire i diversi argomenti agli articoli elencati in nota ed alle più ampie bibliografie reperibili in essi. I "marcatori di vecchiaia" cui accennerò sommariamente sono: l'instabilità genomica, l'accorciamento dei telomeri, la perdita di proteostasi, l'alterazione metabolica, la disfunzione mitocondriale, la senescenza cellulare, la perdita di cellule staminali, il difetto di comunicazione intracellulare.

Instabilità genomica

Ricordo solo che il genoma è contenuto nel DNA della cellula, costituisce

¹ Le fonti: *The Hallmarks of Cancer* di D. Hanahan e R.A.Weinberg, (pubblicato su "Cell" nel 2.000); *The Hallmarks of Aging* di C. López-Otín e coll. ("Cell", 2013); *Senescence in Health and Disease* di S. He e N.E. Sharpless ("Cell", 2017) *Telomere shortening rate predicts species life span* di Maria Blasco e coll. ("PNAS", 2019); *The Hallmarks of Health* di C. López-Otín e G. Kroemer ("Cell", 2021); *Vascular Rejuvenation is Geroprotective*, di B.H.G Augustin e J. Kipnis, ("Science", 2021)

il suo documento di identità e l'insieme delle regole che ne organizzano la vita (il proteoma, cioè il patrimonio proteico). L'instabilità genomica indica una alterazione della sequenza dei geni contenuti nel DNA e può essere causa di danno cellulare, dalla degenerazione cancerosa a quella senile. Il DNA cellulare si duplica (una sorta di fotocopiatura) ad ogni riproduzione cellulare: ne deriva che più fotocopie si fanno più aumenta il rischio di errore. Col tempo, poi, si attenua anche la capacità di rimediarsi con correzioni successive. Ne deriva una conseguenza statisticamente irrimediabile: più il tempo passa più aumentano i tumori e avanza la vecchiaia. Ma non sono solo i giorni e gli anni a fare danni di questo tipo: ci mettono lo zampino anche agenti esterni, fisici, chimici e biologici, che possono accelerare la progressione (avete presente il fumo di sigaretta e il cancro del polmone?). Cosa dedurre da quanto sopra? Quanto più riusciamo a stabilizzare il DNA e ad aumentarne le capacità di rimediare agli errori di fotocopiature, più viviamo a lungo e meglio. Evitare, poi, di esporsi ad agenti nocivi esterni è rimedio lapalissiano. Se riuscissimo inoltre (ed è la scommessa futura) ad elaborare manipolazioni genetiche capaci di rendere più stabile il genoma avremmo fatto un sicuro passo avanti verso l'eterna giovinezza!

Accorciamento dei telomeri

I telomeri sono una scoperta recente, una delle strade che i genetisti stanno battendo con accanimento, studiando moscerini della frutta, lieviti e mais, cercando di capire qualcosa di più dell'invecchiamento. Si tratta di una sorta di orologio biologico inserito sulle punte dei cromosomi e risultano costituiti da DNA ripetuto e proteine. In sintesi, la loro funzione è quella di condizionare la possibilità della cellula di riprodursi: tendendo ad accorciarsi ad ogni replicazione cellulare, finiscono per diventare cortissimi. A questo punto la replicazione cellulare cessa, la cellula invecchia e muore. Semplice? Neanche per idea! Infatti, esistono meccanismi che si oppongono all'accorciamento ed altri che tendono a mantenere un giusto equilibrio. Cito solo la telomerasi, un enzima che tende a ripristinare la lunghezza dei telomeri: nei modelli studiati si verifica una relazione statisticamente costante: più telomerasi, più replicazioni e giovinezza. Il guaio è che spesso un aumento della telomerasi comporta una maggior comparsa di riproduzione cellulare fuori controllo, anticamera del cancro. Ecco allora comparire all'orizzonte le "shelterine" (RAP1, p53, TRF1 ecc.) specie di scudiere con attività di controllo dell'attività riproduttiva: che le cellule si riproducano e rimangano attive e giovani va benissimo, ma attenti a non esagerare! Mi sembra che ce ne sia abbastanza per lanciare piccole urla di entusiasmo!

Perdita di proteostasi

La proteostasi è l'omeostasi del proteoma ovvero il perfetto equilibrio

chimico e morfologico del nostro patrimonio proteico. Premesso che le proteine sono molecole complesse la cui formula (la sequenza degli aminoacidi) è determinata dal DNA (la sequenza di triplette dei nucleotidi), ne ricordo in breve le tre funzioni fondamentali: sono l'intima struttura del nostro corpo (i mattoni e i muri del palazzo), sono gli enzimi che regolano le funzioni chimiche dell'organismo (le serrature e le chiavi per aprire e chiudere le porte), sono il sistema di attivazione o spegnimento dei diversi geni del DNA (le dita che girano le pagine del libretto di istruzioni e che decidono quali porte aprire e quali chiudere). Per assolvere ai loro compiti, le proteine non devono solo essere una sequenza corretta degli aminoacidi giusti, ma avere anche una struttura tridimensionale adeguata, ripiegarsi su sé stesse per assumere la forma adatta a svolgere una determinata funzione (per rendere l'idea, una chiave si adatta ad una serratura se ne riproduce perfettamente, in positivo, la forma negativa). Ripetendoci e sintetizzando: la proteostasi non è altro che il corretto allineamento degli aminoacidi, associato alla necessaria tridimensionalità delle molecole; l'efficacia di questo equilibrio può tradursi in un concetto lapidario: più proteostasi, più salute e longevità!

Ci sono due meccanismi preposti a difendere questa qualità: riparare le molecole guaste, o più drasticamente distruggerle e sostituirle. Il primo meccanismo è mediato da altre proteine dette "chaperons"; il secondo, più drastico e risolutivo, distrugge le proteine alterate e potenzialmente dannose in due modi (l'autofagia lisosomiale e l'ubiquitinazione). Sulla base di queste consapevolezze è già stata sintetizzata una sostanza, la RAPAMICINA, capace di allungare la vita di topi, vermi, lieviti e moscerini distruggendo le proteine guaste prima che possano fare danni. Il fatto che questa sostanza sia di provata efficacia in laboratorio non impedisce qualche diffidenza (anche di tipo economico) collegata al fatto che sia già stata messa in commercio come ingrediente di una crema antirughe.

Alterazione metabolica

La questione è un po' complicata e riguarda l'ormone della crescita (GH) ed un suo antagonista (IGF1). Curiosamente l'ormone della crescita è connesso con l'invecchiamento (invecchiando non si cresce più) e ci sono relazioni tra IGF1 e invecchiamento (tra l'altro IGF1 ha qualcosa in comune con le vie di controllo dell'insulina e geni coinvolti in questa via, AKT e mTOR, sono collegati alla longevità). Senza entrare nella complessità degli equilibri ormonali, mi limiterei ad un dato pratico di immediato interesse: nei primati le restrizioni dietetiche ritardano la senescenza!

Disfunzione mitocondriale

I mitocondri sono le pile delle cellule e al loro interno si produce ATP, la benzina biologica. L'invecchiamento dei mitocondri comporta meno ATP e quindi

meno energia disponibile. Perché i mitocondri si scaricano non è ancora chiaro. Una certa responsabilità è attribuita ai ROS (radicali liberi), ma in modo non lineare; sembra addirittura che in vermi e lievito i ROS siano addirittura collegati ad una maggior longevità. È probabile che la contraddizione sia legata al “*troppo stroppia*” (a piccole dosi sono un vantaggio, ad alte dosi un danno). Ricordo che i mitocondri non erano altro, in tempi antichi, che cellule procariote capaci di trovare riparo simbiotico nelle più grandi cellule eucariote degli organismi pluricellulari. Questo dato è confermato dalla presenza nei mitocondri di un DNA proprio: ebbene, anche alterazioni di questo DNA mitocondriale possono essere chiamate in causa per comprendere la disfunzione in oggetto.

Senescenza cellulare

La senescenza cellulare ha, per l'organismo di cui fa parte la cellula, gli stessi effetti di un vecchio in una popolazione: più vecchi ci sono, più l'età della popolazione avanza. L'invecchiamento della cellula dipende dalle cause sin qui elencate (instabilità genomica, disfunzione telomerica e mitocondriale); la cellula invecchiata si slabbra e si deforma, ha i telomeri accorciati e i mitocondri scarichi, diventa incapace di svolgere i suoi compiti; alcuni geni si accendono (INK4 e ARF) e quando un organismo ha un certo numero di cellule senescenti diventa globalmente vecchio. La senescenza non sarebbe un fatto negativo se le cellule vecchie fossero regolarmente sostituite da cellule nuove e giovani: quando questo non avviene o avviene in modo squilibrato ecco la vecchiaia! L'effetto delle cellule senescenti non è limitato alla cellula vecchia, ma coinvolge anche quelle più giovani: induce infatti un effetto infiammatorio generalizzato mediato da un complesso di fattori sintetizzato nella sigla SASP (fenotipo secretorio associato alla senescenza). I loci INK4 e ARF di cui si parlava prima sono particolarmente accesi in persone con Alzheimer, diabete e malattie ostruttive cardiovascolari.

La perdita di cellule staminali

Non starò a dire cosa sono le cellule staminali perché ci vorrebbe un intero libro². Mi limiterò a sfatare un mito che comporta problematiche bioetiche che continuano a impedire di studiare e utilizzare meglio questa opportunità: non è vero che una cellula adulta non possa recuperare le proprie caratteristiche staminali, cioè la propria immatura giovinezza capace di nuove capacità riproduttive pluripotenziali; le biotecnologie sono in grado, ormai, di ripristinare la staminalità di una cellula che viene rappresentata come “uno stato mentale” risvegliabile. Queste tecnologie hanno agevolato la ricerca che può prescindere dall'uso di embrioni ed hanno consentito di fare alcuni passi avanti, in campo terapeutico,

² Per chi fosse interessato ad una lettura leggera, ma esaustiva, posso suggerire *Armando Massarenti, Staminalia, Parma, Guanda, 2008*

recuperando staminali adulte della pelle per correggere l'epidermolisi bollosa, staminali adulte del muscolo per alcuni tipi di distrofie muscolari ecc. Detto ciò, è quasi intuitivo che la vecchiaia sia legata ad una riduzione del potenziale rigenerativo di cellule e tessuti (anche in laboratorio le cellule di persone giovani si riproducono più vivacemente di quelle di persone anziane).

Difetto di comunicazione intracellulare

È un fatto strano, ma assodato, che, come succede con le citochine del sistema immunitario, sia attivo un meccanismo di comunicazione tra cellule vicine e lontane capace di influenzarne le funzioni. Il fenomeno, definito come “*parabiosi*”, è riassunto clamorosamente dal fatto che mettendo in comunicazione i sistemi circolatori di un topo giovane con quelli di un anziano si assiste ad un ringiovanimento dell'anziano. In alcuni casi, però, può succedere anche il contrario: dipende da un insieme di fatti concernenti il prevalere dei messaggi positivi o di quelli negativi (dando sempre per scontato che sia meglio essere giovani che vecchi!).

Conclusioni

Sperando di aver sollecitato qualche utile curiosità, mi limito a sottolineare che tutto quanto elencato sopra non si traduce ancora in rimedi utili ad ostacolare o invertire il percorso fastidioso dell'invecchiamento. Resta il fatto che l'interesse delle scienze biologiche per questo intrigante problema è evidente e rende già visibili, all'orizzonte, possibili soluzioni.

Prima di chiudere utilizzerei, però, queste ultime righe, per sottolineare la totale inutilità di due provvedimenti reclamizzati come utili a mantenerci giovani: l'ibernazione e la clonazione.

L'ibernazione, già analizzata da Woody Allen in un suo gradevole prodotto cinematografico (*Il dormiglione*), non risolve il problema in alcun modo: infatti se mi ibernano a vent'anni e mi risvegliano fra duecento io mi ritroverò un ventenne disadattato (non ho visto e capito nulla di quanto successo nel frattempo), un duecentenne di vent'anni che non ha comunque vissuto la sua vita in questo inutile intervallo, ma si è limitato a vegetare, ovvero a dormire, senza neppure sognare.

Per quanto riguarda la clonazione, procedura già disponibile grazie ai progressi della manipolazione genetica, mentre non avrei alcuna preclusione a clonare pecore, sarei perplesso sull'utilità della replicazione del sottoscritto: un “io” clonato non sarebbe un “io” più giovane, tale e quale, ma semplicemente un nuovo individuo simile in tutto a me per quanto riguarda la mia essenza naturale, ma del tutto diverso da me per quanto attiene il mio vissuto culturale. Cosa ne faccio di una gioventù che non ha alcun ricordo di ciò che ho vissuto, amato,

studiato negli anni precedenti? Sarebbe come fare due volte la stessa fatica senza alcun vantaggio e con la possibilità statistica di fare più errori la seconda volta della prima. Allo specchio potrei sembrare io, ma dentro lo specchio ci sarebbe una forma totalmente priva di me!

Al di là di queste precisazioni, in tempi relativamente recenti ho messo l'accento su alcuni trucchi che possiamo utilizzare sin d'ora per esorcizzare la vecchiaia e renderla meno pesante e qualitativamente migliore. Vorrei soffermarmi su un concetto semplicissimo, ma essenziale: le cartilagini si usurano con il tempo e con l'uso (da cui il suggerimento di fare, sì, un po' di attività fisica, ma senza esagerare, pena la necessità di protesi articolari diverse); le sinapsi, invece, lubrificando spontaneamente il loro marchingegno elettrochimico, migliorano la loro funzione con l'uso (da cui il suggerimento di non trascurare occasione per darsi ad un'attività cerebrale smodata: leggere, scrivere, guardare, ascoltare, suonare, dipingere, immaginare, amare, sognare sono tutte attività che possono mantenere fresco e vivace, "giovane", il nostro cervello).

Trascuro del tutto i suggerimenti diretti ad una corretta alimentazione ricordando un punto critico e meno intuitivo: si va ripetendo che il formaggio aumenta i tassi di colesterolo nel sangue ed è senz'altro vero; un amico appassionato di gorgonzola e, non per questo, meno intelligente, mi faceva notare, però, che non sappiamo quanto lo stress possa provocare un aumento della stessa colesterolemia. La puntualizzazione si riassume in una domanda: il colesterolo aumenta più per il formaggio che mangio o per lo stress che provo quando, vendendolo e annusandolo, decido di rinunciare a mangiarlo?

Antonino Marra

Il medico e la pensione

Quando un medico non vede l'ora di andare in pensione? Le variabili sono multiple e contano una serie di motivazioni per lo più soggettive personali e/o familiari: hanno comunque un peso rilevante la soddisfazione del proprio lavoro o, al contrario, il burnout vissuto per condizioni lavorative difficili o addirittura opprimenti. Classificando le categorie di accesso alla pensione si va da chi si mantiene in attività fino ai limiti fissati per legge, a chi decide di "andare in pensione" appena possibile: in entrambi i casi non pochi medici ufficialmente pensionati continuano la professione attraverso diverse forme lavorative permesse dalle normative, mentre molti colgono l'opportunità di sviluppare altri interessi messi da parte precedentemente per difficoltà pratiche di varia natura, dagli interessi per le arti, ai viaggi, alle iniziative di solidarietà, o semplicemente alle attività sportive o ludiche.

L'esercizio della medicina è ancora intesa come professione d'aiuto ed in comune tutti i medici pensionati, nel loro vissuto, hanno avuto, per qualche decina di anni, una attenzione particolare per l'uomo ed i suoi problemi di salute, avendo intessuto relazioni di profilassi, cura e/o di studio con risvolti non solo personali ma anche etici e sociali, sviluppati con milioni di decisioni molto spesso difficoltose, problematiche, frequentemente anche al di fuori degli algoritmi condivisi, per la necessità di un approccio sartoriale ai bisogni ed ai problemi che l'attività quotidiana ha loro sottoposto.

Andare in pensione per alcuni ha costituito soprattutto una uscita da compiti quotidiani onerosi, per altri la possibilità di continuare a vivere la propria attività con ritmi diversi ed una gestione della propria vita non solo professionale, ma anche familiare e sociale, più libera e modulabile sulle decisioni e sugli interessi più propri.

Per tutti c'è un aspetto fondamentale condiviso: il fatto che gli aspetti economici della sopravvivenza propria e, spesso, della propria famiglia, dipendono anche dai beni monetari previdenziali versati ed accumulati durante il periodo di lavoro ed ora resi come assegno di pensione. E nel giro di pochi anni tutti si accorgono come quello che costituisce un ritorno economico dei propri accantonamenti perde più o meno lentamente, ma progressivamente, un valore reale, magari proprio nel momento in cui l'inevitabile declino fisico richiederebbe una

disponibilità adeguata alle esigenze soggettive, in misura congrua al proprio stile di vita maturato in decine di anni.

L'assegno di pensione viene fornito da fonti diverse, secondo lo sviluppo previdenziale adottato in base alle diverse attività svolte, ma che sia di origine INPS o ENPAM, prima o poi i medici pensionati si accorgono della necessità di una tutela, soprattutto di fronte ad un legislatore che non rispetta i diritti dei pensionati oltre una quota minima. Durante il periodo lavorativo non tutti i medici si pongono il tema di un associazionismo che li tuteli una volta pensionati, ma in pochi anni di vita da pensionati è di tutta evidenza l'importanza di appartenere ad una associazione sindacale propria. L'associazione FED.S.P.e V. è la Federazione Sanitari Pensionati e Vedove di cui fanno parte medici chirurghi, veterinari e farmacisti. FED.S.P.e V. è l'unica associazione sindacale che non si occupa solo di titolari di pensione, ma si fa carico istituzionalmente anche dei problemi delle loro vedove e degli orfani degli operatori sanitari; inoltre le vedove/i vedovi entrano a far parte in prima persona degli Organi Direttivi dell'Associazione stessa. Il programma associativo contempla l'esigenza di invecchiare rimanendo attivi: ad esempio anche negli anni recenti è stata programmata una serie di iniziative in tal senso, ma non solo. Sono stati anche previsti servizi gratuiti a sostegno degli associati per denunciare le problematiche della Sanità in Italia, lavorando in rete a livello europeo. La Federazione Nazionale Sanitari Pensionati e Vedove (<https://www.federspev.it>) ha sedi in tutta Italia, organizza seminari, convegni, webinar per progetti di prevenzione e cura, iniziative informative e screening gratuiti. I recenti congressi nazionali FEDER.S.P.e V., hanno dato voce ai pensionati del settore sanitari. Al centro il tema del tartassamento delle pensioni che avviene con taglieggiamenti ormai da diversi governi, compreso quello attualmente al comando, documentati con analisi e statistiche assai precise e documentate, contravvenendo il principio, più volte ribadito dalla Corte costituzionale secondo cui la pensione non è che una retribuzione differita e che la retribuzione esige proporzionalità tra quantità e qualità del lavoro svolto, mentre la tutela completa dall'inflazione è stata finora data dai vari governi esclusivamente ai titolari di assegni fino a 4 volte il minimo INPS, (nel 2025 è previsto pari a 616,57 euro), tutela percentualmente nettamente inferiore per le pensioni delle classi dirigenti che hanno sempre pagato le tasse sostenendo quasi interamente il welfare. La Corte Costituzionale, riunitasi il 29/01/2025, ha però deciso che la perequazione automatica delle pensioni (ossia l'adeguamento delle pensioni all'inflazione) debba essere garantita.

Ora, pertanto, le pensioni dovrebbero essere rivalutate in modo congruo rispetto all'aumento del costo della vita, senza più le limitazioni che erano state imposte in precedenza. Per poter attivare le procedure per il recupero delle somme decurtate bisogna attendere però la pubblicazione della sentenza che

al momento della stesura di queste note non è stata ancora pubblicata e quindi non ne è esaminabile il dispositivo. Si devono comunque attendere anche le decisioni in merito del Governo. Ma è una risposta ad una serie di denunce fatte con proposte sulla base della legislazione vigente che i governi hanno disatteso costantemente.

Altri temi dibattuti da FEDER.S.P.e V. sono stati la Sanità, il problema demografico, la non auto sufficienza, la lotta all'evasione fiscale secondo il principio della solidarietà.

Essere pensionati quindi significa vivere la propria condizione non solo difendendola, ma partecipando vivacemente ai temi sociali, sanitari, economici ed istituzionali del nostro Paese, con efficienza e competenza.

Ecco perché è opportuno che anche i medici in attività conoscano e sostengano l'attività della FEDER.S.P.e V. con uno sguardo al proprio futuro.

Marco Cambielli

Perché un medico decide di andare in pensione

Lo racconta in un'intervista toccante Neil Berman, cardiologo in pensione. (N Engl J Med. 2023 Oct 12;389(15):1354-1355.)

Nel suo articolo sul New England, lei racconta di Lennie, un medico che a 64 anni aveva deciso di andare in pensione. È comprensibile che a un certo punto le malattie dei propri pazienti possano diventare un "peso"? All'epoca non capivo bene cosa Lennie stesse cercando di dirmi. Ero immerso nella mia carriera e riuscivo a mantenere una certa distanza dai miei pazienti e dalle loro malattie. Ma con il passare del tempo, ho capito cosa Lennie intendesse. Diventa sempre più difficile mantenere quell'oggettività professionale che ci permette di affrontare la malattia senza esserne sopraffatti emotivamente. I miei pazienti e i loro problemi sono diventati più difficili da separare da me. Ho iniziato a sentire gli aspetti "extra-medici" delle loro malattie in modo molto più acuto rispetto a quando ero più giovane: l'ingiustizia della malattia, l'inevitabilità dell'età e il degrado del corpo. Ora c'era una dimensione in più nel curare i miei pazienti: ciascuno di loro mi ricordava dove avrei potuto trovarmi un giorno. Mi identificavo con loro su un nuovo livello, percependo ogni progressione della loro malattia in un modo personale che non avevo mai provato prima. Mi sono trovato a sentire la malattia dei miei pazienti in modo più personale, e questo peso emotivo ha avuto un impatto sulla mia decisione di andare in pensione, come era successo a Lennie.

Lei parla dell'importanza di mantenere una certa distanza dai pazienti per essere un buon medico. Tuttavia, nel corso della sua carriera, ha anche sviluppato relazioni profonde con molti di loro. Come concilia queste due dimensioni? È vero, gran parte della mia efficacia professionale dipendeva dal mantenere una certa distanza dai miei pazienti. C'era un certo egualitarismo in questo approccio: tutti i pazienti venivano trattati allo stesso modo, indipendentemente dalla gravità della loro situazione. Come mi era stato insegnato, ho sempre cercato di evitare di identificarmi troppo con i miei pazienti, poiché essere sopraffatto dalle loro emozioni avrebbe compromesso la mia lucidità nel prendere decisioni terapeutiche. L'empatia non era considerata "professionale", ma penso che la vera ragione per cui ci insegnavano ad evitarla fosse che indeboliva le nostre

difese contro la delusione di fallire nella nostra missione di curare la malattia. Tuttavia, nel tempo ho scoperto che le relazioni con i pazienti sono una parte fondamentale della soddisfazione che traevo dal mio lavoro. È un equilibrio complesso: da un lato, dobbiamo essere distanti per proteggere noi stessi e rimanere obiettivi, dall'altro, quelle stesse relazioni ci danno un senso di realizzazione.

Durante la pandemia di covid-19, molti medici hanno vissuto il burnout. Lei ha accennato che il rischio di infettarsi ha reso tutto più difficile anche a livello personale. Come ha vissuto quel periodo? La pandemia è stata un periodo estremamente difficile per tutti i medici. L'idea che potessi ammalarmi gravemente mentre cercavo di curare i miei pazienti ha portato una nuova dimensione di rischio personale che non avevo mai sperimentato prima. La mia obiettività, che mi aveva sempre protetto, sembrava meno efficace di fronte a questa nuova minaccia. Era un momento in cui non solo curavo persone affette da una malattia grave, ma dovevo anche fare i conti con il fatto che io stesso avrei potuto contrarre la malattia. Questo ha aggiunto un ulteriore livello di stress al lavoro. Durante la pandemia, il rifugio dell'obiettività non è mai stato così fragile. La vulnerabilità all'infezione personale era un altro modo in cui bisognava affrontare le proprie paure e ansie.

Lei ha menzionato che nelle ultime visite, prima della pensione, gli incontri con i pazienti erano più personali e carichi di emozioni. Come ha vissuto quel cambiamento? Riconosco che ciò che mi ha maggiormente sostenuto durante la mia carriera sono state le relazioni professionali costruite con i miei pazienti: li ascoltavo e visitavo, spiegavo quale fosse la loro condizione, prescrivevo gli esami più appropriati e suggerivo le migliori opzioni per il loro trattamento. Mi era stato insegnato che dovevo condividere il meno possibile della mia storia personale. Scopo delle interazioni con i pazienti era affrontare i loro problemi, non i miei, quindi conoscevo molto di più delle loro vite di quanto loro sapessero della mia. Con l'avanzare dell'età, diventando io stesso più vulnerabile alle condizioni contro le quali avevo combattuto per tutta la mia vita professionale, la corazza di obiettività diventava sempre più porosa. Paradossalmente, ciò permetteva relazioni più appaganti con i miei pazienti, ma anche più stressanti. Circa sei mesi prima di andare in pensione, avevo scritto una lettera ai miei pazienti spiegando che stavo per ritirarmi dal lavoro e condividendo con loro, in modo piuttosto personale, cosa significasse per me essere il loro medico. Dopo aver scritto quella lettera, le visite con i miei pazienti sono diventate più intime e cariche di emozioni. Quei momenti mi hanno permesso di vedere la mia carriera sotto una luce diversa, più umana. Anche se le visite erano emotivamente più impegnative, mi hanno dato una soddisfazione profonda che in passato avevo forse sottovalutato.

Si è mai chiesto se avrebbe dovuto sviluppare relazioni più personali con i suoi pazienti fin dall'inizio? Ora sì, ci penso. Limitare la relazione con i propri pazienti alla sola dimensione medica ha certamente dei vantaggi per il medico, e forse anche per il paziente. Tuttavia, la gratificazione di un coinvolgimento più personale nella relazione, che accresce enormemente la soddisfazione del lavoro, non è da sottovalutare. Credo che, se dovessi ricominciare da capo, sarei meno obiettivo e più coinvolto personalmente nelle relazioni con i miei pazienti, anche se questo potrebbe finire per essere più stressante: la ricompensa ne varrebbe la pena.

* I testi sono estratti dall'articolo "A Reason to Retire?" di Neil Berman pubblicato sul New England Journal of Medicine il 12 ottobre 2023.

Riflessioni di un pensionato ancora attivo sulla Sanità di oggi

Il privilegio di arrivare all'età pensionabile in buone condizioni fisiche consente prospettive interessanti e spunti di riflessione motivati dalla esperienza e dal lavoro sul campo. Conosco molti Colleghi che hanno sperimentato e tuttora sperimentano questa opportunità.

Per chi come il sottoscritto ha percorso più di otto lustri nella medicina del territorio vengono alla mente alcune considerazioni insieme a diversi rimpianti.

La medicina di base, come viene ora definita, è largamente sottostimata, sottoutilizzata e occupa un posto marginale nel disegno politico; è una considerazione che esula da valutazioni di colore partitico o di compagini di governo. Sappiamo tutti che la percentuale di PIL destinata alla sanità pubblica è da sempre (e continua ad essere) inferiore a quella di altri Paesi. Nonostante si conoscano da decenni l'invecchiamento della popolazione e il peso delle malattie croniche.

Ci sono sporadici segnali di attenzione (vedi il Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29) che non mi pare abbiano avuto un seguito concreto e incisivo. E teniamo conto che il personaggio pubblico che più di altri si è impegnato in questo contesto è Monsignor Vincenzo Paglia, autore di pregevoli testi e co-autore della Carta dei diritti delle persone anziane e i doveri della comunità che tutti possiamo leggere ed apprezzare.

Né mi pare che a livello regionale dove risiede il fulcro della medicina territoriale le attenzioni siano molto diverse.

Si fa sempre presto a indicare la politica come prima responsabile dei disservizi. Ma non ci sono altre responsabilità? Penso spesso alla sostanziale passività della classe medica (chiedo scusa e non mi ritengo estraneo alla mia personale responsabilità). Perché abbiamo sempre accettato imposizioni ex-cathedra senza essere propositivi o suggeritori forti come il nostro ruolo di attori primari avrebbe dovuto? I motivi li conosciamo: il quieto vivere, la notevole libertà professionale, le rivalità sindacali, l'insufficiente presenza della Federazione degli Ordini e della Università. Insieme, ovviamente, alla complessità geografica del nostro territorio dove coesistono aree metropolitane e remote comunità montane o rurali.

C'è (forse) ora una spinta a favorire le aggregazioni territoriali dei medici (ove geograficamente possibile) e secondo il mio modesto parere non può che essere questo il salto di qualità per la medicina di base. Se ben studiate, presso

i Distretti o le attuali Case di Comunità potrebbero sorgere aggregazioni di medici estese e forti, in grado di coprire il servizio territoriale per l'intera giornata, certamente con soddisfazione dell'utenza e gratificazione dei professionisti che potrebbero usufruire in loco dei vari servizi (infermieri-fisioterapia-specialistica-servizi amministrativi-continuità assistenziale e quant'altro).

Ne gioverebbe grandemente l'attività dei PS dove, come sappiamo, molte delle prestazioni sono codici bianchi.

Tale eventuale programmazione potrebbe avvenire con investimento economico non esagerato. Tutto questo dovrebbe ovviamente avere un corrispettivo contrattuale adeguato.

Mi si consenta una osservazione aggiuntiva riguardo al ruolo, del tutto legittimo, che l'industria farmaceutica svolge nell'ambito delle cure primarie (e non solo). La pressione commerciale è molto elevata, in grado di influenzare l'attività prescrittiva dei medici, soprattutto dei più giovani. Ciò può indurre, a mio avviso, ad un allargamento eccessivo del bagaglio farmaceutico personale del medico che, credo, dovrebbe acquisire un proprio "armadio farmaceutico" con principi ben conosciuti e sperimentati. Lo dico senza nessun intento polemico con le industrie, che fanno il loro mestiere, e con le quali ho sempre avuto buon e trasparente rapporto. E che comunque rappresentano un irrinunciabile supporto alla nostra attività.

Il lavoro in RSA, che ho svolto come medico responsabile per un decennio dopo il pensionamento mi ha permesso di sperimentare una realtà importante nel tessuto socio-sanitario. Realtà piuttosto misconosciuta anche nella classe medica, dove la RSA viene spesso identificata come "Ospizio". Mentre si tratta di strutture fortemente inserite nel SSN con precise normative, soggette ad attenta vigilanza regionale (tramite le ATS).

E per quanto riguarda l'aspetto clinico è molto interessante e stimolante lavorare in un contesto in cui, pur con supporto tecnologico ridotto rimane una forte possibilità di cura con la disponibilità di personale ausiliario e strumenti che sono (quasi) assenti nella medicina di base.

La medicina geriatrica non è semplice ma proprio per questo rappresenta una opportunità che propongo a Colleghi (a fine carriera e non) ancora disposti a mettersi in gioco con un impegno che può essere modulato secondo le proprie esigenze personali.

L'accoglienza in RSA rappresenta per l'Ospite (e la famiglia) un punto di arrivo critico e doloroso, anche se in certe situazioni inevitabile.

L'obiettivo di mantenere l'anziano il più possibile nel proprio ambito familiare è e deve essere prioritario: perché ciò possa avvenire è necessaria una programmazione e il potenziamento di interventi che la politica deve pensare con altra intensità.

Giuseppe Riva

La pensione di reversibilità

L'Italia è un paese di vecchi. Così si legge spesso sui giornali per giustificare scelte che non corrispondono ad attese.

Alcuni recenti provvedimenti mi portano a considerare gli aspetti contestuali e di giustizia allocativa delle risorse, temi molto poco cari ai nostri governanti. Parliamo di pensioni di reversibilità che sono un beneficio riconosciuto ai superstiti di chi non è più in vita, talora in condizioni di fragilità, come l'esperienza quotidiana dimostra..

La pensione di reversibilità è il sostegno pensionistico dato ai familiari superstiti di un pensionato (o lavoratore) deceduto, o del soggetto deceduto che ancora non ha maturato il diritto alla pensione. In questo caso il trattamento previdenziale viene definito "pensione indiretta" e spetta solo qualora il soggetto abbia maturato 15 anni di anzianità contributiva e assicurativa o 5 anni di anzianità assicurativa e contributiva, di cui minimo 3 nei 5 anni precedenti la data del decesso. Istituita nel 1939 a tutela delle mogli che, dopo la morte del marito, restavano senza sostentamento economico. La reversibilità è stata estesa negli anni anche a mariti e figli. È stata definita anche "pensione ai superstiti" e spetta ai familiari di un lavoratore o pensionato deceduto, iscritto in una delle liste previdenziali dell'INPS. Se non risultano maturati i requisiti necessari per ottenere questo tipo di pensione espressi sopra, in presenza di specifiche condizioni è possibile ottenere una indennità una tantum.

La pensione di reversibilità dei pensionati INPS non prevede l'erogazione dell'intero importo che spettava al defunto. Viene calcolata una quota percentuale della pensione, a seconda del grado di parentela dell'avente diritto al trattamento, secondo queste percentuali: 60%, se a beneficiarne è solo il coniuge, 70%, se erogata in favore di un solo figlio, 80% se gli aventi diritto sono il coniuge e un figlio o due figli senza coniuge, 100%, se ad avere diritto alla reversibilità sono il coniuge e due figli o tre o più figli.

Per il 2024 sono entrati in vigore nuovi limiti reddituali, superati i quali sono previste decurtazioni sulla pensione di reversibilità. Tali limiti sono legati alla pensione minima che viene rivalutata annualmente in base all'inflazione media registrata nell'ultimo anno. Nel 2024 la rivalutazione annuale dei trattamenti pensionistici è stata pari al 5,4%, con un importo della pensione minima lievitata a 598,61 euro.

Nel 2025 A seguito della rivalutazione ordinaria dello 0,8% e di un'ulteriore aggiunta del 2,2%, le pensioni minime aumenteranno, passando da 598,61 euro a 616,57 euro lordi mensili.

Per il 2025 si prevede che i limiti di reddito per fruire della pensione di reversibilità, con relativi tagli, dovrebbero essere fissati come segue:

- zero tagli (reversibilità totale) per redditi entro il limite di 23.579,22 euro;
- taglio di reversibilità del 25% per redditi compresi tra 23.579,22 e 31.438,96 euro;
- taglio di reversibilità del 40% per redditi compresi tra 31.438,96 e 39.298,70 euro;
- taglio di reversibilità del 50% per redditi superiori a 39.298,70 euro.

Anche la pensione di reversibilità dei pensionati ENPAM non prevede l'erogazione dell'intero importo, però prevede il 10% in più di quella corrisposta dall'INPS con categorie differenti: 70% per il solo coniuge, 80% coniuge e un figlio (rispettivamente 60%+20%), 100% coniuge due o più figli (rispettivamente 60%+40%), 80% solo un figlio, 90% due figli, 100% tre o più figli. È l'ENPAM ad integrare l'anzianità mancante con gli anni che mancano fino ad un massimo di 10 anni, e i famigliari possono beneficiare su una pensione di circa 15.000 euro all'anno da suddividere tra gli eventuali beneficiari. In caso di morte per Covid-19 l'anzianità contributiva viene aumentata fino ad un massimo di 20 anni. In caso di decesso prima dell'età pensionabile i famigliari hanno diritto alla pensione se il medico ha un'anzianità contributiva di 5 anni. Se manca il requisito dei 5 anni l'ENPAM restituisce i contributi con una maggiorazione e tale somma va ripartita tra i famigliari in quote percentuali.

Ad aver diritto a questa forma previdenziale sono il coniuge o il soggetto unito civilmente con il deceduto e i figli superstiti, se studenti di scuola media secondaria di età compresa tra i 18 e i 21 anni, a carico del genitore deceduto, purché non svolgano attività lavorativa; i figli studenti universitari per tutta la durata del corso di laurea, ma non oltre i 26 anni, sempre se a carico del genitore deceduto e purché non svolgano attività lavorativa; i figli inabili, a prescindere dall'età, purché a carico del pensionato. La pensione di reversibilità spetta anche al coniuge divorziato, nel caso che sia titolare dell'assegno divorzile, non si sia risposato dopo il divorzio, che l'iscrizione all'INPS del defunto sia precedente alla data della sentenza di divorzio. In caso di successive nozze del deceduto, la reversibilità spetterà sia al nuovo coniuge sia a quello divorziato, previa sentenza del Tribunale. In assenza di coniuge, figli, nipoti e genitori, la pensione di reversibilità può spettare anche ai fratelli celibi e alle sorelle nubili, se a carico del defunto e inabili al lavoro.

La reversibilità non spetta in caso di coppia di fatto o coniuge che contrae nuove nozze (in questo caso, però, è prevista una somma una tantum di due mensilità). Recentemente, con la circolare INPS del 1° febbraio 2022, n.19, il coniuge separato con addebito, ma senza alimenti, è stato equiparato al coniuge superstite.

Giulio Corgatelli

Conclusioni

Questa breve raccolta di articoli è stata pensata per portare a conoscenza dei colleghi pensionati alcune visioni sul particolare stato di essere medici pensionati nella contingenza del 2025 e ci auguriamo che servano come stimolo per una presenza attiva nell'associazione FEDERSPeV. Varesina in sintonia con la FEDERSPeV nazionale.

