

S Editoriale **olitudine delle persone e delle professioni**

Durante la pandemia tutti hanno avuto modo di sperimentare cosa significa essere soli, sentirsi soli, vivere soli. In certi casi è stata un'esperienza positiva, quando è emersa la possibilità di sentirsi liberati da relazioni povere di significato esistenziale.

In altri casi l'esperienza è stata di segno opposto, con attese estenuanti di qualcuno con cui essere in relazione, vivere il senso della condivisione di qualcosa e di quello che si è.

Malgrado il confinamento, non abbiamo assistito ad un'epidemia di solitudine, ma a un forte desiderio di tornare a vivere insieme, per affrontare assieme la quotidianità e le sue sfide. Abbiamo anche imparato a riconoscere meglio la differenza tra l'io e il noi, l'individualità e la relazionalità, dentro una cultura dove prevalgono gli interessi del singolo, i diritti individuali, le pretese personali, cioè una umanità popolata da tanti io incapaci di diventare noi.

In questa molteplice condizione può essere meglio considerato il problema della solitudine, i suoi determinanti, le possibilità di curare la solitudine che può degenerare in depressione, sfiducia, vuoto di speranza. Le revisioni di letteratura ci dicono che le soluzioni utilizzate sono di portata limitata, perché ambulatoriali, farmacologiche, prescrittive, cioè poco capaci di spingersi oltre le relazioni duali nelle reali condizioni di solitudine esistenziale.

Una parte del problema ha a che fare con i *setting* di cura tradizionali, dove il curare e il prendersi cura è tecnicamente a rischio di prestazionismo, con benefici immediati che però non influiscono in modi duraturi nelle condizioni di sofferenza delle persone.

Le metanalisi ci dicono che è più facile capire quello che non è efficace, confrontando le indicazioni di ricerche che documentano la debolezza dei risultati a disposizione. Tecnicamente aiutano ad escludere, ma non ad includere le pratiche efficaci, con setacci analitici progressivi rigorosi che fanno emergere le debolezze delle pratiche cliniche.

Durante la pandemia abbiamo visto cosa significa forza e debolezza delle prove, con indici diretti di efficacia dei diversi vaccini, senza dover ricorrere ad altre modalità, accettando solo gli indici convincenti piuttosto che misure approssimate da utilizzare con molta prudenza.

Alcune ricerche della fondazione Zancan hanno considerato i problemi della solitudine nelle età della vita con questo atteggiamento. Abbiamo visto alcuni determinanti della solitudine nello studio longitudinale «Crescere», seguendo un campione di preadolescenti e adolescenti dai 12 fino ai 18 anni e verificando ogni anno i determinanti di crescita positiva. Per loro «solitudine in famiglia» significa ad esempio poca speranza di essere ascoltati dal padre o dalla madre nei momenti determinanti nelle scelte della loro vita.

Lo abbiamo studiato anche nell'età di mezzo, con uno studio nazionale sulla condizione di vita delle persone senza dimora, prevalentemente adulte e anziane. Il senso comune le considera sole, visto che scelgono di vivere senza casa e senza relazioni. Invece per loro è molto chiara la differenza tra «vivere senza casa» e «vivere senza casa degli affetti», quella che continua ad accompagnarli in modi impensabili dopo che hanno abbandonato tutto.

La solitudine nella vita delle persone anziane è più facile da immaginare, in particolare quella delle persone confinate in casa o istituzionalizzate con tante altre persone. Per loro cosa fa la differenza? La fa il loro spazio di vita, se è vuoto o se è popolato da affetti e incontri e non soltanto riempito da risposte assistenziali e prestazionistiche.

Negli studi misuriamo questa diversa condizione con tre strumenti: SR (il sistema delle responsabilità), LPSV (il livello di protezione nello spazio di vita), ICA (l'indice di copertura assistenziale). Sono strumenti semplici e raffinati, perché richiedono osservazione e capacità clinica, senza ridurli a check list da riempire. Aiutano a misurare quanto manca, quanto serve, quanto basta, cioè il necessario per conseguire esiti misurabili nel tempo e riconoscibili con «sensitive outcome» cioè indici delicati di beneficio relazionale conseguiti nel tempo.

In questi casi quello che sempre fa la differenza è il «concorso generativo al risultato». Ha radici nella reciprocità, quella che nasce dalla condizione di chi dice «non posso aiutarti senza di te» e dal suo reciproco «non puoi aiutarmi senza di me». La reciprocità è, per sua natura, una condizione necessaria per affrontare la solitudine, evitando di riprodurla paradossalmente anche nella relazione clinica. Avviene quando il rapporto di potere tra chi aiuta e chi è aiutato non viene gestito con delicati bilanciamenti che valorizzano le capacità e la fiducia reciproca. Non è soltanto un'opzione etica visto che prima di tutto è una condizione metodologica per umanizzare le relazioni di aiuto e gestirle con l'arte professionale che valorizza gli input vitali di ogni persona, evitando gli automatismi diagnostici e prescrittivi.

Ma per evitarli serve la sapienza metodologica dell'«arco terapeutico», cioè la capacità di far seguire alla diagnosi multidimensionale prognosi di esito «in concorso al risultato», prefigurando gli esiti attesi e poi misurarli durante la relazione di cura.

Se non posso aiutarti senza di te, ho bisogno di conoscere le tue capacità e le tue possibilità di contribuire al risultato. Se non lo faccio, limito la mia speranza di efficacia al solo input professionale, quello misurabile con indici alfa (l'efficacia della prestazione). Ma oltre a questi c'è efficacia della personalizzazione delle cure, misurabile con indici beta e successivamente c'è l'efficacia del concorso al risultato che nasce dall'input della persona, misurabile con indici gamma cioè generativi di ulteriore esito.

Nelle sperimentazioni queste differenze sono vettori che descrivono la progressione di esito tra alfa, beta e gamma nelle pratiche sociosanitarie, associando gli esiti conseguiti a indici di costo/efficacia. Il minimo si ottiene con pratiche professionali che si accontentano di indici alfa. Evidenziano l'andamento recessivo del nostro welfare e la sua difficile sostenibilità, scoraggiando investimenti necessari per potenziare le dotazioni professionali dell'area anziana.

Se ad esempio consideriamo gli indici di occupazione sanitaria pubblica e privata in Europa, il nostro Paese ha un indice di 21,8 occupati ogni 1000 abitanti, i Paesi Bassi 35,3, la Germania 36,8, la Francia 29,0. Sono indici che parlano di possibilità di colmare il nostro deficit di occupazione di welfare. Quale sarebbe allora la convenienza economica se il nostro Paese investisse nella costruzione di un sistema di «medicina territoriale dell'età anziana»?

Con quali professionalità saremmo in grado di garantirla con indici convincenti di costo/efficacia, promuovendo l'invecchiamento attivo, la gestione delle fragilità, la continuità assistenziale, le cure domiciliari, la gestione attiva delle cronicità, gli accessi diretti e in remoto con tecnologie maneggevoli, liberando tempo alla reciprocità e alla personalizzazione delle cure?

Se le probabilità fossero alte, non sarebbe difficile proporla come opzione strategica. Ma le probabilità non dipendono solo dall'arruolamento professionale, dipendono anche e soprattutto da nuovi modi di intendere l'azione professionale, in spazi di cura radicalmente domiciliari e territoriali, a diretto contatto con le persone. Finché non sarà così, la doppia solitudine è destinata a durare: quella delle molte persone anziane povere di relazioni e quella dei professionisti poveri di riconoscimento professionale e sociale.

Tiziano Vecchiato