

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

Quinto Capitolo - **Il Progetto Buongiorno: risveglio naturale e alzata capacitante**
con *Ortensia Bessi*¹ e *Silvia Vitali*² - ASP Golgi Redaelli di Milano (sede di Abbiategrasso)

¹ *Ortensia Bessi*, Caposala Nucleo Alzheimer.

² *Silvia Vitali*, medico geriatra, Responsabile Progetto Alzheimer ASP Golgi Redaelli di Milano (sede di Abbiategrasso).

Il *Progetto Buongiorno* è qui presentato rileggendo dal punto di vista dell'*Approccio capacitante* quanto è già stato realizzato all'ASP Golgi Redaelli, sede di Abbiategrasso, nell'ambito di una riorganizzazione ispirata alla *GentleCare* e descritto da uno degli autori (Bessi 2003). La materia viene riorganizzata e suddivisa in tre parti:

1. Il confronto tra *GentleCare* e *Approccio capacitante*
2. Il risveglio naturale secondo il modello *GentleCare*
3. La lettura del risveglio naturale secondo l'*Approccio capacitante*

1. Il confronto tra *GentleCare* e *Approccio capacitante*

I due metodi, protesico e capacitante, sono diversi sia nella teoria che nella pratica, ma non mancano di punti di convergenza e possono creare delle sinergie virtuose.

1.1. Benessere e convivenza sufficientemente felice

M. Jones ha concepito la *GentleCare* come un modello positivo di cura finalizzato al mantenimento del benessere della persona con demenza. Al fine di poter utilizzare delle misure di outcome, l'equipe di lavoro del Nucleo Alzheimer dell'Istituto Golgi ha poi ridefinito dal punto di vista operativo il concetto di benessere come "miglior livello funzionale possibile in assenza di condizioni di stress" facendo coincidere lo stress con la presenza di disturbi del comportamento^{xx}. Definizione che è stata condivisa con la fondatrice del metodo. L'*Approccio capacitante* si pone invece come finalità una *convivenza sufficientemente felice* tra ospiti, operatori e familiari e considera che tale obiettivo possa essere raggiunto creando le condizioni per cui l'ospite (anche e soprattutto quello con deficit cognitivi) possa esprimere le sue *Competenze elementari* (competenza a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere). I due approcci trovano una piena convergenza nel Progetto *Buongiorno*.

1.2. Protesi e Riconoscimento

GentleCare e *Approccio capacitante* si fondano rispettivamente su due parole – chiave: protesi e riconoscimento.

L'approccio della *GentleCare* viene detto protesico in quanto vuole compensare i deficit del paziente fornendo dall'esterno quegli elementi che il paziente non è più in grado di produrre autonomamente (Guaita A., Jones M. 2011), modificando al tempo stesso il contesto di vita così da consentirgli di utilizzare al meglio quelle abilità che ancora possiede.

L'*Approccio capacitante* sottolinea invece l'importanza di fornire il *Riconoscimento* di quello che c'è, vuole cioè cogliere l'espressione delle *Competenze elementari* della persona con demenza e restituirgli il *Riconoscimento* di queste sue competenze, così come si esprimono, nel momento in cui si esprimono. Se ne è parlato diffusamente in un libro precedente^{xx}.

1.3. Attività della vita quotidiana e attività significative

Approccio protesico e capacitante trovano una piena convergenza soprattutto nella valorizzazione delle attività della vita quotidiana. M. Jones costruisce una *protesi* personalizzata in base ai deficit

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

presenti nei diversi stadi di malattia e lo fa diversificando l'intervento in tre aree complementari tra di loro: gli spazi, le attività e le persone che curano. In particolare gli *spazi* (il luogo di vita) vengono modificati in modo da renderli intellegibili e utilizzabili anche in presenza di demenza. Quanto alle *attività* viene posta la massima attenzione alla costruzione di una routine giornaliera che abbia un significato per la persona con demenza e che sappia coniugare attività di base, che rispondono a bisogni connessi con l'integrità biologica, attività rispondenti al bisogno di relazione e attività significative connesse maggiormente a bisogni di mantenimento dell'autostima e all'autorealizzazione. Quanto alle *persone* che curano, vengono considerate sia lo staff che i familiari preparati adeguatamente a comprendere l'impatto che la malattia ha avuto sul singolo malato.

I due approcci trovano una piena convergenza nell'attenzione posta allo svolgimento delle attività della vita quotidiana. Infatti secondo l'*Approccio capacitante* sono proprio queste che soddisfano il bisogno della persona con demenza di svolgere attività significative *dal suo punto di vista*.

Il Progetto *Buongiorno* esemplifica bene la convergenza tra i due approcci.

2. Il risveglio naturale secondo la *GentleCare*

Viene qui presentato il percorso di cambiamento che negli anni novanta del secolo scorso è stato intrapreso presso il Nucleo Alzheimer dell'Istituto Golgi: una transizione dal modello tradizionale di assistenza al modello *GentleCare*. Si tratta di un Nucleo costituito da 20 posti letto RSA e 20 posti letto IDR (Istituto di Riabilitazione): il primo nucleo prevede una degenza definitiva ed ospita pazienti con demenza in fase moderato-severa, il secondo è riservato ad una degenza temporanea e si rivolge a pazienti con demenza moderata.

Il Progetto dell'alzata flessibile è nato da alcune considerazioni circa il disorientamento temporale con il suo portato di ansia e incertezza, che compare precocemente nella malattia di Alzheimer e dalla necessità di favorire una sensazione di buon controllo/padronanza dell'ambiente nonostante questo deficit. A partire da uno stadio intermedio di malattia (CDR2) risulta non sempre adeguato un intervento riabilitativo tradizionale, mentre è maggiormente efficace un intervento protesico in cui vengano modificati l'ambiente, la routine e le modalità relazionali dello staff: si può così favorire l'uso concreto delle competenze residue; valorizzare al massimo le capacità funzionali, relazionali, l'affettività e l'emotività; eliminare ogni elemento di disagio e di stress riconoscibile attraverso l'osservazione del comportamento del malato.

2.1. L'organizzazione preesistente

Prima della trasformazione, l'inizio della giornata era così organizzato:

- ore 7-8.30: sveglia, alzata, igiene, abbigliamento degli ospiti, condotta secondo l'ordine progressivo delle camere.
- ore 8.30-9: colazione servita nella veranda/soggiorno, sempre seguendo l'ordine progressivo dei tavoli.
- ore 9-12: attività riabilitative-riattivatrici a piccoli gruppi o individualmente nella palestra del reparto, nella veranda, nei soggiorni, con l'assistenza della terapeuta e di un addetto all'assistenza. La parte restante del personale si dedica alla pulizia dell'ambiente e al riordino delle camere; il personale infermieristico si dedica alle attività sanitarie.

2.2. Il disagio dell'organizzazione preesistente

L'organizzazione rigida dell'inizio della giornata era un'eredità, di origine ospedaliera, che proseguiva nel tempo anche se era evidentemente inadeguata e provocava conseguenze negative sia per gli ospiti che per lo staff: gli anziani che venivano alzati per primi seguivano il personale, a

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

volte richiedendo in modo esplicito la colazione, a volte senza essere in grado di farlo, ma in evidente stato di irrequietezza. Chi era già seduto al tavolo ed era maggiormente compromesso produceva vocalizzi e lamenti senza comprendere il motivo dell'attesa. Il personale, rendendosi conto delle situazioni di disagio, cercava di finire rapidamente l'alzata per potersi affrettare nella distribuzione delle colazioni. L'atmosfera generale era caratterizzata dalla fretta e dal disagio; ciò riduceva la possibilità per gli anziani, con livelli diversi di disabilità, di eseguire autonomamente o con aiuto degli operatori quelle attività previste per la cura della propria persona. Il livello di frustrazione e di stress era evidente sia negli operatori che negli ospiti e in entrambi creava dei comportamenti disfunzionali.

2.3. Una riflessione di staff e un percorso di cambiamento

La situazione di disagio che caratterizzava tutte le mattine è stata fatta oggetto di riflessione in riunioni d'équipe che settimanalmente si tengono nel nucleo IDR con la partecipazione dello staff medico infermieristico, fisioterapico e con la supervisione dello psicologo. Successivamente tali riflessioni sono state condivise con tutto lo staff in una riunione che tradizionalmente si tiene una volta al mese.

Partendo dalla situazione di disagio sono state cercate delle spiegazioni e sono state formulate delle proposte organizzative per evitarlo. Si è così arrivati a formulare una diversa organizzazione delle procedure di risveglio e a condividere la necessità di sperimentarle. Dopo un periodo di sperimentazione lo staff si è nuovamente riunito per valutare i risultati, rilevare le criticità e proporre ulteriori cambiamenti organizzativi.

2.4. La prima sperimentazione

Senza entrare nei dettagli delle varie tappe, durante la riunione di staff si è ipotizzato che il disagio già rilevato potesse essere evitato con una nuova modalità organizzativa e si è deciso di sperimentarla: il giro mattutino sarebbe iniziato con la cura delle persone già sveglie, a volte già alzate, senza tener conto della sequenza progressiva delle camere; successivamente ci si sarebbe occupati delle persone ancora a letto.

2.5. Le resistenze al cambiamento

L'adesione al progetto non è stata subito totale. Alcuni operatori erano timorosi di fronte al cambiamento. Infatti la vecchia procedura, anche se provocava stress e frustrazione quotidiana, era in sé rassicurante, proprio perché già conosciuta e utilizzata da anni.

Oltre alla resistenza di ordine psicologico sono poi subito emersi ostacoli concreti, in particolare la cucina centrale dell'Istituto era in grado di fornire il carrello della colazione solo a partire dalle ore 7.45 e a patto che un operatore del reparto andasse a prenderlo a quell'ora.

2.6. La prima verifica

Dopo un mese di sperimentazione è stata effettuata una seconda riunione di reparto per una revisione critica dello stato di avanzamento del progetto. Gli operatori sono stati concordi nel rilevare un miglioramento dell'atmosfera di reparto: gli anziani si dedicavano alla cura della persona con maggiore tranquillità e in modo più autonomo, l'atmosfera affannata del periodo precedente si era ridotta, chi aveva bisogno di riposare un po' di più poteva farlo e lo faceva volentieri.

Veniva però segnalato il persistere di alcune condizioni sfavorevoli:

- i ritardi nel ritiro del carrello erano frequenti, con conseguente slittamento nell'orario d'inizio delle colazioni;

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

- l'interruzione di attività già iniziate risultava fastidiosa;
- il guadagno di tempo nel soddisfare il bisogno del cibo era consistente (circa 45 minuti) ma non ancora soddisfacente.

Per risolvere queste criticità era necessario un diverso modo di approvvigionamento del latte che consentisse di non interrompere le altre attività, di non dipendere dagli orari rigidi della cucina centrale, di anticipare ulteriormente l'orario d'inizio delle colazioni per venire incontro al bisogno degli ospiti più mattinieri.

2.7. La seconda fase della sperimentazione

Durante la riunione di reparto si sono cercate soluzioni operative per conciliare l'attività assistenziale con quella di pulizia delle stanze ed è stata concordata una nuova gerarchia di obiettivi assistenziali. È stato abbandonato l'obiettivo di portare a termine l'alzata in un tempo e in un ordine rigidamente prestabilito ed è stato scelto invece come obiettivo prioritario il benessere delle persone coinvolte e la possibilità per ciascuno di svolgere in modo autonomo (o con piccolo aiuto) l'attività di cura di sé.

L'analisi degli ostacoli che si erano frapposti nell'esecuzione del progetto ha portato alla proposta di nuove soluzioni:

- approvvigionarsi del latte la sera precedente;
- incaricare il personale del turno di notte di riscaldare il latte, preparare caffè e tè;
- utilizzare il forno a microonde già in dotazione alle cucine di reparto per riscaldare le colazioni in caso di necessità.

Questi ulteriori cambiamenti organizzativi sono stati accolti da tutti (soluzioni condivise) e si è così avviata una seconda fase della sperimentazione.

2.8. La seconda verifica

Nella successiva riunione d'équipe è stato sottolineato come il nuovo modo di organizzare il lavoro del mattino produceva evidenti vantaggi sia per gli ospiti e che per gli operatori.

Gli ospiti potevano alzarsi e fare colazione seguendo il loro ritmo naturale.

Gli operatori

- avevano quanto necessario per le colazioni disponibile al tempo richiesto,
- non dovevano abbandonare il reparto,
- non dovevano interrompere le attività per recarsi nella cucina centrale,
- non si sentivano pressati dall'urgenza,
- non erano costretti a tempi di attesa se la cucina centrale era in ritardo.

2.9. Le modificazioni di contesto

La realizzazione di questo progetto era inserita in un processo globale di riorganizzazione che aveva già influito sulle operazioni della sera e sulla prevenzione/gestione dei disturbi del sonno^{xx}. Altre tappe importanti della riorganizzazione sono state l'appalto delle pulizie ad una ditta esterna che ha consentito di recuperare tempo da dedicare all'intervento diretto sulla persona e, nel 2000, il trasferimento del reparto in una struttura nuova, arredata secondo la *GentleCare*, con un'illuminazione notturna meno invasiva, con stanze singole o a due letti che favoriscono il rispetto delle abitudini individuali. La presenza di confortevoli soggiorni permette a chi resta alzato di trascorrere tranquillamente una parte della tarda serata o della notte senza disturbare gli altri ospiti. Il sistema di sicurezza presente nelle camere, programmabile in modo differenziato a seconda del rischio di caduta di ciascuno, consente un controllo discreto che non disturba gli ospiti e tranquillizza gli operatori. La distribuzione di bevande e biscotti è stata resa possibile 24 ore su 24,

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

a richiesta. Su proposta della caposala si è anche convenuto di occuparsi del rifacimento del letto nel momento stesso in cui il malato si alza, evitando così di tornare nella camera una seconda volta.

2.10.L'organizzazione secondo la GentleCare

Dopo la trasformazione, l'inizio della giornata è risultato così organizzato:

- risveglio naturale: di solito l'80% delle persone si sveglia tra le ore 7 e le ore 11 e, dopo essersi preparato, va in soggiorno per la colazione.
- proposta di attività occupazionali e fisioterapia a partire dalle ore 8.30.

Due operatrici si occupano dell'alzata personalizzata, un'operatrice (con limitazioni lavorative per motivi sanitari) è addetta solo alle funzioni alberghiere, resta in sala da pranzo e aiuta per la colazione. Il confronto dell'organizzazione prima e dopo la realizzazione del progetto è riportato nella Tabella 1.

Tabella 1: Cambiamenti organizzativi e di metodo

<i>PRIMA DELLA TRASFORMAZIONE</i>	<i>DOPO LA TRASFORMAZIONE</i>
<i>Orario della levata</i>	
Rigido (ore 7-8.30)	Flessibile (a partire dalle ore 7)
<i>Orario della colazione</i>	
Rigido (ore 8.30-9)	Flessibile (a partire dalle ore 7)
<i>Orario delle attività riabilitative-riattive</i>	
Rigido (ore 9-12)	Flessibile (a partire dalle ore 8.30)

2.11.Criticità e soluzioni

Nelle riunioni di monitoraggio del progetto è emerso il timore, da parte degli operatori, di non riuscire a concludere le operazioni del mattino in tempo utile per le altre attività e servizi. Ci si è resi così conto che il cambiamento organizzativo non è sufficiente, è necessario un cambiamento più profondo che riguardi le priorità degli obiettivi e il significato stesso del lavoro.

Il problema è stato discusso e si è arrivati a condividere un nuovo stile del lavoro:

- viene attribuita importanza primaria al risveglio spontaneo; le altre attività e servizi si adeguano;
- il tempo complessivo dedicato alle operazioni del mattino si allunga di poco (viene risparmiato tutto il tempo normalmente dedicato a svegliare l'ospite che dorme o a discutere con l'ospite che vorrebbe restare a letto);
- alle operazioni del mattino viene dedicato tutto il tempo necessario perché siano svolte in modo naturale, per qualcuno possono durare anche fino alle 10.30;
- gli addetti alle pulizie sono stati istruiti a non procedere come di consueto partendo dalla prima stanza, ma intervengono nelle stanze di chi si è già alzato;
- lasciare a letto chi dorme o chi vuole restarci ancora un po', facilita l'organizzazione dell'alzata. Infatti il problema che normalmente emerge è di non essere abbastanza rapidi per essere disponibili ad aiutare chi vuole alzarsi.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

3.La lettura del risveglio naturale secondo l'Approccio capacitante

Il risveglio naturale è stato fin qui descritto così come è stato progressivamente introdotto in un Nucleo Alzheimer che ha voluto riorganizzarsi secondo il modello della *GentleCare*.

In questo paragrafo, invece, la stessa alzata viene riletta dal punto di vista dell'*Approccio capacitante*, mostrando come la nuova procedura sia un'ottima occasione non solo per risolvere le criticità che abitualmente emergono al momento del risveglio, ma anche per cominciare bene la giornata, per cominciarla in modo capacitante.

3.1.La convivenza sufficientemente felice

L'obiettivo primario dell'*Approccio capacitante*, come noto, è di favorire una *convivenza sufficientemente felice* tra gli ospiti e gli operatori.

Le attività del mattino (risveglio, igiene, colazione) abitualmente vengono effettuate secondo uno stile di tipo ospedaliero, caratterizzato da standardizzazione, rigidità, applicazione di protocolli operativi. Le conseguenze sono ben note:

- discussioni con gli ospiti fino a vere e proprie liti con comportamenti violenti (disturbi psichiatrici e comportamentali associati alla demenza - BPSD!);
- stress per gli operatori e senso di frustrazione che nasce dalla consapevolezza di applicare correttamente un protocollo e di verificarne tutti i giorni l'inadeguatezza.

L'impostazione delle attività secondo la *GentleCare* evita questi inconvenienti: non solo promuove il benessere degli ospiti, ma pone anche le basi, fin dal mattino, ogni giorno, per una *convivenza sufficientemente felice* tra ospiti e operatori.

3.2.Le Competenze elementari

Il modo specifico che l'*Approccio capacitante* propone per raggiungere l'obiettivo primario consiste nel favorire l'emergere delle *Competenze elementari* dell'ospite e nel restituire il *Riconoscimento* di tali competenze nel momento in cui emergono, così come emergono:

- La *competenza a parlare*

Il primo incontro con l'ospite, quando l'operatore entra in stanza al mattino, è anche la prima occasione per un comportamento capacitante da parte dell'operatore.

Talvolta è l'ospite stesso che chiama o che prende la parola per primo: in tal caso l'operatore capacitante non solo farà attenzione al significato delle parole che ascolta, ma sarà consapevole che l'ospite comincia a parlare, manifesta cioè la sua *competenza a parlare*.

- La *competenza a comunicare*

Anche se ha una demenza di grado avanzato l'ospite è in grado di produrre parole. L'operatore ne prende atto con soddisfazione poi, in un secondo tempo, si interroga sul significato di quanto ha ascoltato. Dal punto di vista dell'*Approccio capacitante* tutto quello che il paziente dice non nasce dal caso o dalla malattia: le parole dell'anziano *per lui* hanno un senso, siamo noi che possiamo riuscire o non riuscire a comprenderlo! L'operatore attento spesso si rende conto che quanto detto dal paziente con le sue parole malate fa riferimento alla qualità del sonno notturno oppure a qualche disagio fisico. Anche se le parole utilizzate sembrano inadeguate, il paziente sta manifestando la sua *competenza a comunicare*.

- La *competenza emotiva*

Le prime manifestazioni dell'ospite, al momento del risveglio, solitamente fanno riferimento a un suo stato d'animo o a una sensazione corporea: sono messaggi che nascono dal suo mondo interno e che possono essere correlate con le circostanze del risveglio e con il primo contatto (acustico, visivo, tattile, affettivo) con l'operatore.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

- *Esempi di stati d'animo*: ho dormito male, ho dormito bene, sono stato disturbato dai rumori, ho ancora voglia di stare a letto, ho voglia di alzarmi subito, mi dà fastidio la luce, dove sono? perché sono qui? dov'è mia figlia?
- *Esempi di sensazioni corporee*: ho mal di pancia, ho mal di schiena, sono bagnato, sono sporco, ho bisogno di evacuare, ho caldo, ho freddo.
- *Esempi di emozioni legate al contatto con l'operatore* (possono essere effettivamente suscitate dall'operatore oppure da un falso riconoscimento): *che bello vederti! non ti voglio vedere! chi sei? vai via! non disturbarmi! perché urla così? perché ce l'hai su con me?*

Di fronte all'espressione delle emozioni, l'operatore capacitante non si interroga sulla congruità tra le emozioni espresse e le circostanze reali ma prende atto che l'ospite sta manifestando la sua *competenza emotiva*. Le emozioni sono sempre congrue *dal punto di vista di chi le prova*. L'operatore non può neppure giudicare sulla veridicità o meno di un'emozione. L'emozione è *così com'è*, la categoria del vero/falso non è applicabile. Anche in questo caso, come già detto per la competenza a comunicare, l'operatore non considera le emozioni frutto del caso o della malattia (per esempio: *Giuseppe grida perché ha l'Alzheimer*) ma cerca un senso per le emozioni espresse. Questa operazione può essere difficile e non sempre riesce, ma per cominciare è sufficiente che l'operatore restituisca all'ospite il *Riconoscimento* dell'emozione percepita (per esempio: *Giuseppe, stamattina ti senti un po' confuso!*). Dopo questa restituzione è importante che l'operatore faccia una pausa, stia cioè qualche secondo in silenzio e resti in ascolto delle parole che l'anziano vorrà dire (quando le dirà, così come le dirà).

Dopo avere ascoltato, avere restituito il *Riconoscimento dell'emozione*, avere fatto la pausa ed essere restato nuovamente in ascolto, succede frequentemente che inizi una breve conversazione e che con questa cominci bene una nuova giornata.

o *La competenza a contrattare*

L'alzata flessibile tiene conto dei ritmi naturali del singolo ospite e anche dei suoi desideri. Sotto questo aspetto coincide con l'*Approccio capacitante*. Nonostante questo, le operazioni del mattino richiedono comunque una continua interazione tra operatore e ospite. In altre parole si mette in atto, di necessità, una negoziazione tra i due soggetti della relazione. In ogni tappa delle operazioni del mattino ci sono due programmazioni che si confrontano. Per esempio, uno preferisce la luce artificiale, l'altro quella naturale; uno vorrebbe scendere dalla parte sinistra del letto, l'altro dalla parte destra; uno vorrebbe svegliarsi progressivamente, l'altro ha fretta di procedere... Secondo l'*Approccio capacitante* l'operatore dovrebbe essere sempre pronto ad ascoltare e negoziare, senza ovviamente perdere di vista il buon senso e i ritmi lavorativi.

o *La competenza a decidere*

La possibilità di decidere, così come quella di contrattare, è fondamentale per il benessere della persona, per conservare autostima e dignità. Spesso però la decisione dell'anziano fragile, della persona con demenza, non è attuabile o non è compatibile con le esigenze del vivere in comunità o si scontra con scelte e doveri dell'operatore. Che fare?

In questi casi succede che l'operatore discuta le decisioni dell'ospite cercando di fargli cambiare idea, che ignori la sua decisione, che alzi la voce per imporre la propria autorità, che cerchi di distrarlo oppure che rinvii la soluzione del problema. Sono tutte vie d'uscita di corto respiro: risolvono il problema sul momento, ma questo poi tende a ripresentarsi, spesso sotto forma di disturbo comportamentale (comportamento agitato, aggressivo, oppositivo).

L'*Approccio capacitante* consiglia invece di prendere sempre in seria considerazione le decisioni dell'ospite, qualunque esse siano, anche se non si possono condividere (vedi paragrafo successivo).

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

3.3. Le Risposte di effettività

Nei paragrafi precedenti si è descritto come tener vive le *Competenze elementari* restituendo il *Riconoscimento* con le parole. Ma non basta. Qualche volta si pensa che una risposta gentile (*vado via un momento e torno subito; ho capito; ha ragione*) sia sufficiente per risolvere una situazione difficile. Questo è vero solo se alle parole fanno seguito fatti concreti. Non necessariamente quello che vorrebbe l'ospite, ma qualche fatto concreto. L'ospite, così come ogni altra persona, vuole che le sue prese di posizione (parole, comunicazioni, emozioni, negoziazioni, decisioni) influiscano sul mondo circostante, producano degli *effetti*. Se l'operatore risponde gentilmente ma poi non succede nulla, la persona si sente misconosciuta, ridotta a uno stato di non - essere, come un'ombra. Quando una persona interagisce con un'altra vuole vedere gli effetti del suo agire, solo così si sente riconosciuta e viva. In caso di disaccordo è meglio che questo emerga, anche se può provocare malumore e parole sgradevoli. Un atteggiamento di questo tipo forse è faticoso nell'immediato, ma risulta pagante nel medio - lungo periodo. L'ospite sarà contrariato ma capirà che è stato preso in seria considerazione e continuerà a sentirsi una persona viva e con voglia di vivere. Se ci si comporta così forse non sarà necessario inventare terapie stimolanti!