

Prendersi cura guardando oltre

Prospettive pedagogiche nel percorso fisioterapico

VALENTINA FRASCÀ*

RIASSUNTO: Il presente articolo nasce a seguito di una collaborazione tra il Corso di Laurea in Fisioterapia e la cattedra di Pedagogia del Dicam dell'Università di Messina. L'intento è proporre un intervento di formazione per gli studenti, rendendoli consapevoli dell'importanza relazionale che si instaura tra professionista sanitario e paziente per una migliore riuscita del percorso riabilitativo. Si ipotizza, in chiave rogersiana, che utilizzare l'ascolto empatico, creare un ambiente accogliente, lavorare sul piano emotivo oltre che fisico, possa fare la differenza. Rispondere scientificamente a problematiche specifiche non è sufficiente; bisogna tener conto dell'aspetto umano in modo completo e non settoriale.

PAROLE-CHIAVE: cura – ascolto attivo – empatia – medical humanities.

ABSTRACT: This article is the result of the collaboration between the Degree Course in Physiotherapy and the Chair of Pedagogy of Dicam (University of Messina). Its main purpose is to suggest an educational intervention to students, trying to raise awareness about the importance of the relationship established between a health-care provider and a patient for a better outcome of the rehabilitation journey. It investigates, from a Rog-erian perspective, how using the empathic listening, creating a comfortable environment, working both at an emotional and physic level, can make the difference. Answering scientifically to specific problems is not enough. The human side must be taken into account as a whole, not in a sectoral way.

KEY-WORDS: health care – active listening – empathy – medical humani-
ties.

* Università degli Studi di Messina, Dipartimento di civiltà antiche e moderne – Dicam.

Nella persona vi è una forza
che ha una direzione fundamentalmente positiva;
più l'individuo è accettato e capito profondamente...
più si muove in una direzione positiva.
Carl Rogers

1. Sintonizzare le emozioni

La tematica che intendiamo approfondire nasce dall'idea secondo cui ogni professionista sanitario dovrebbe possedere delle competenze relazionali nella cura del paziente che riteniamo siano importanti tanto quanto il benessere fisico vero e proprio.

Nonostante le professioni sanitarie si siano professionalizzate per rispondere scientificamente e con sistemi di avanguardia alle problematiche specifiche, l'aspetto umano e relazionale, messi in atto durante la cura, rimangono ancora teorici e poco esplorati da punto di vista formativo e pratico. La medicina tradizionale basata sull'evidenza clinica tende ad incentrarsi soltanto sulla malattia, invece di considerare la complessità dell'essere umano a 360°. “La storia di malattia non può essere solo un'anamnesi, intesa come raccolta di eventi e dati, seguita poi da referti e diagnosi. Occorre un passo in avanti, una riconciliazione” (Charon, 2020).

In una società complessa come la nostra, i professionisti della salute sono chiamati a confrontarsi con molteplici problematiche su più fronti, ecco perché sorge la necessità di ripensare ad una formazione che tenga conto di tali difficoltà e che cerchi di sostenere non soltanto gli operatori ma anche gli studenti in formazione, la cui richiesta non è più tacita o sussurrata, ma “urlata”. La medicina narrativa offre uno scenario nuovo a tal proposito; valorizza il paziente come persona attiva nel suo stesso processo di cura, e, grazie al dialogo e alla narrazione, avviene una migliore costruzione del progetto terapeutico (Zannini, 2008). La medicina narrativa è emersa in risposta a un sistema sanitario mercificato che pone le preoccupazioni aziendali e burocratiche sui bisogni del paziente (Charon, 2008). A tal proposito sono rilevanti gli argomenti emersi durante il convegno “R-esistere, le storie dietro ai numeri”, in cui si evidenzia l'importanza di attuare una nuova linea d'intervento clinico-assistenziale basato su una specifica competenza comunicativa che risponda in maniera valida alla

richiesta sempre più forte dei pazienti che chiedono di essere ascoltati in modo più attento ed empatico.

L'idea nasce grazie all'esperienza effettuata all'interno del corso di Laurea in Fisioterapia presso il Policlinico di Messina. Si ipotizza che l'attenzione focalizzata su problematiche di tipo fisico, e quindi incentrate solo sul "problema" da riabilitare, possa non essere sufficiente ad assicurare la buona riuscita di un percorso fisioterapico. A conferma di ciò, durante una condivisione in plenaria dei lavori presentati dagli studenti come prodotto finale del corso, è emersa la necessità di imparare a saper dialogare ed accogliere il paziente nella sua interezza come condizione *sine qua non* per poter iniziare insieme un percorso riabilitativo e di cura.

Molti di loro, infatti, hanno intrapreso questo percorso di studi, mossi da una passione nata per un evento personale e incentivata dal fisioterapista che si è occupato di loro in un periodo difficile. Indubbiamente l'esperienza li ha segnati e condotti a volersi occupare del paziente con un nuovo approccio alla cura che tenga conto dei vissuti attraverso la narrazione e acquisendo capacità di ascolto empatico. Alla luce di questa richiesta su come fare concretamente ad *essere con* il paziente in questo processo di riabilitazione e cura, si poggiano le nostre riflessioni sull'argomento.

La nostra convinzione, in un'ottica rogersiana, è che acquisire competenze comunicative e relazionali corrette, possa condurre all'avvio di un processo di riabilitazione vissuto con uno stato d'animo all'insegna della positività e dell'ottimismo, che faccia leva sulla parte sana e funzionante che promuove il cambiamento. La positività di cui parliamo non deve essere, però, in alcun modo, scambiata per falsità o finto buonismo, piuttosto per *autenticità*, termine caro a Rogers, con cui desiderava indicare un atteggiamento (nel terapeuta), che non era affatto di circostanza, bensì di assoluta congruenza con il suo modo di essere e di fare. Accanto all'autenticità si pone *l'accettazione positiva e incondizionata* (Rogers, 1970).

Gli studi in materia confermano l'idea secondo cui l'essere compresi, il sentirsi accettati, oltre che avere qualcuno che creda in noi e nella riuscita del nostro percorso, siano condizioni necessarie affinché avvenga un cambiamento profondo. In maniera analoga Rogers parla di questo tipo di condizione che si instaura tra psicoterapeuta e paziente (Nagan, Jacobs, Zucconi, 2016).

2. La sfida del primo incontro

Ogni fisioterapista che comincia un percorso di riabilitazione con un paziente si trova d'innanzi una persona fragile.

Il senso di vulnerabilità che pervade l'incontro rappresenta la prima vera sfida per il processo relazionale.

La prima impressione può essere talmente significativa da condizionare tutto il processo di evoluzione della fisioterapia e quindi influenzare l'intero approccio al processo di guarigione. Per tali motivi riteniamo sia utile saper gettare le basi per un'accoglienza che tenga conto dello stato d'animo e delle emozioni provate dal paziente in quel momento (Benelli, Gijòn Casares, 2020). Preparare il setting, fermarsi a dialogare, mostrando un atteggiamento di apertura e comprensione, senza distrazioni, veicola un messaggio importante (Rogers, 2002). Mostrare disponibilità all'ascolto rappresenta la dimostrazione che l'operatore ha un reale interesse ad aiutare la persona in difficoltà. Fare un primo colloquio, invece di cominciare subito a lavorare sul deficit fisico, aiuterà il paziente a far diminuire l'ansia e il senso di frustrazione che lo pervade; è un fermarsi insieme a capire quale sia la strada giusta da percorrere, quali obiettivi ci si prefigge di raggiungere e quali sono le reali possibilità di riuscita dell'intervento.

Questa fase di conoscenza dovrebbe essere intrapresa con grande serietà. Spesso succede che, inconsapevolmente, si attuino dei comportamenti non verbali o si utilizzino delle espressioni che tendono a sminuire il problema (Gordon, 1974).

Di fatto, però, si ottiene l'esatto contrario. Questi comportamenti veicolano un messaggio disfunzionale ed è importante averne consapevolezza.

Come questa vi sono altre modalità di comunicazione che, invece di aiutare il paziente nel processo, provocano inibizione e chiusura. Ecco perché non è mai corretto considerare paritario un rapporto tra professionista e paziente.

Come ogni rapporto educativo, è importante che non sfoci in amicizia o complicità (Bertolini, 2001). In quel momento il fisioterapista rappresenta l'ancora di salvezza alla quale aggrapparsi per ricominciare a stare bene.

Essere consapevole di possedere un certo potere dovrebbe essere ben chiaro nella mente del professionista. Ogni parola, sguardo, gesto o battuta, detta in maniera non opportuna, potrebbe nuocere al processo riabilitativo. Non si tratta di perdere il senso della spontaneità, ma di acquisire consapevolezza dei processi relazionali che si stanno innescando.

La capacità di controllare i meccanismi che presiedono alla formazione delle rappresentazioni, di lavorare sulla costruzione e decostruzione del proprio punto di vista, di mettere in parentesi le attribuzioni precostituite e le sedimentazioni stratificate di senso, è parte integrante della competenza professionale dell'educatore (Bertolini, 2000).

I fondamentali pedagogici che guidano la pratica educativa servono all'interno del percorso di cura, per accogliere la persona nella sua interezza e non "il problema". Essere consci di queste dinamiche e dell'intenzionalità progettuale che pervade il processo di cura permette di *andare oltre*.

Come asserisce Vanna Boffo, ogni cura è pedagogica perché sostiene il mutamento e la trasformazione della singola soggettività a partire da ogni soggettività che con la propria ha un legame di attenzione, di sostegno, di dialogo, di ascolto, di cura appunto (Boffo, 2006).

3. Praticare un ascolto attivo

L'atto del comunicare costituisce di fatto un comportamento. Dato che è impossibile che un individuo, un gruppo o un'organizzazione non assumano un comportamento, ne consegue il principio secondo il quale «non è possibile non comunicare» Watzlawick, 1971

Appare chiaro come l'esigenza di comunicare sia da sempre una necessità innata oltre che un bisogno fondamentale dell'uomo. *Comunicare in maniera chiara* significa migliorare qualitativamente la nostra vita, personale e professionale; non significa trasferire meccanicamente delle informazioni all'interlocutore, bensì renderlo partecipe delle emozioni e sensazioni provate, anche se non necessariamente esplicitate. Il linguaggio non verbale, infatti, accompagna l'agire umano e, spesso, arricchisce di significato o smentisce ciò che stiamo dicendo verbalmente. La congruenza, di cui parlavamo prima, sta ad indicare, infatti, l'essere in linea tra ciò che si sta dicendo o manifestando, e ciò che si prova. Se il fisioterapista è consapevole di questo meccanismo, una volta notata la discordanza tra ciò che il paziente dice (es: "sto bene!") e ciò che manifesta con il linguaggio del corpo (espressioni che indicano sofferenza, affaticamento, rassegnazione), potrà aiutarlo a mettere a fuoco cosa sta provando e a farlo *riallineare congruentemente*.

Una buona attività di ascolto è caratterizzata da una fase di comprensione e una di supporto. Si cerca di cogliere i contenuti e gli elementi espressi dall'altra persona; si prosegue nella costruzione del significato verificando ciò che è stato inteso; si consente all'interlocutore di esplorare e chiarire ulteriormente il suo pensiero. Nell'ascolto efficace, l'ascoltatore non si limita ad essere un mero recettore di informazioni, ma si pone in maniera attiva nella comunicazione in modo da facilitare l'altro nell'esplorazione di sentimenti, vissuti e problemi. Durante una relazione che implica un rapporto a due, in cui siano presenti una persona che ascolta e un'altra che parla, sovente vengono applicate alcune "tecniche di incoraggiamento", che favoriscono l'apertura di chi parla e, al contempo, la fanno sentire ascoltata e capita (Alferi, Musumeci, 2007).

Esse possono essere esternate in forma verbale e non verbale annuendo, facendo cenni col capo, protendendosi in avanti col corpo, sorridendo, ecc. (Di Lauro, 2008).

Tali espedienti, però, risultano avere un valore marginale se non sono sostenuti e accompagnati dal rimando empatico, che risulta essere la componente più importante della fase di ascolto e sostegno.

Ma cos'è un rimando empatico?

L'empatia è la capacità di mettersi nei panni dell'altro percependone il mondo personale «come se» fosse nostro, senza però perdere la qualità del «come se» (Rogers, 1994). L'obiettivo di un ascolto efficace, quindi, è quello di comprendere i messaggi dell'emittente dal *suo* punto di vista; proprio questo aspetto rappresenterà l'elemento che fa da sostegno al cambiamento (Boffo, 2005). Con la comprensione empatica ci si accosta delicatamente alla dimensione profonda dei vissuti del paziente, ai suoi sentimenti, alle sue emozioni, ai suoi conflitti e alle sue parole nell'intento di capirlo e attivare un processo generale di crescita.

L'ascolto empatico rappresenta la risorsa principale, la condizione necessaria per poter iniziare ad interagire, per dimostrare attenzione e interesse verso l'altro e per porre le basi di un rapporto di fiducia, senza il quale sarà poi difficile essere ascoltati e credibili.

Comprendere empaticamente non significa condividere, approvare o disapprovare, bensì dare importanza all'aspetto cognitivo unitamente a quello emozionale. Far sperimentare al paziente la capacità di sentirsi capito e accolto, abbasserà il livello di ansia e di paura e lo renderà più recettivo alle pratiche di cura. Non bisogna infatti dimenticare che, essendo

l'uomo un animale sociale, ha bisogno di stabilire legami con altri uomini, e tra questi bisogni di relazione sono inclusi anche quelli di «accettazione e comprensione» e di «affetto e amore», secondo i quali l'essere umano sente la necessità di essere riconosciuto come persona (Maslow, 1992).

Analogamente al counsellor, un buon fisioterapista dovrebbe imparare ad utilizzare il rimando empatico per dar voce ai sentimenti e ai contenuti espressi nel *qui ed ora* dal suo paziente.

L'ascolto attivo, infatti, prevede che l'interlocutore abbia delle prove che dimostrino che lo si sta seguendo nel discorso (feedback).

Rogers indicava come *rimando empatico* il restituire, sottoforma di parafrasi, non solo i contenuti del discorso, ma anche i sentimenti percepiti dalla comunicazione dell'altro, lasciando la possibilità all'interlocutore di negare o confermare quanto detto. Può capitare, infatti, che si capisca male, o che il paziente abbia bisogno di fare ulteriore chiarezza. Questo non deve generare un senso di frustrazione nel fisioterapista, per due motivi: il primo riguarda il messaggio che stiamo mandando (mi sto sforzando di capirti e sono sinceramente interessato a quello che provi, quindi se non ho capito, sono intenzionato a capire!), il secondo è non perdere mai di vista l'obiettivo primario che è quello di mettere al centro *la persona* e non noi stessi! Per questo riteniamo sia necessario seguire un percorso di formazione tenuto da una persona esperta, altrimenti i meccanismi che scaturiscono da un apparente banale colloquio, rischiano di mandare in crisi l'intera relazione ed avere delle ripercussioni sul processo fisioterapico. A dimostrazione di ciò esistono le testimonianze del 90% degli studenti che affermano di aver interrotto un percorso fisioterapico a causa di incomprensioni con l'operatore sanitario; allo stesso modo riportano il ricordo di aver continuato con entusiasmo, a seguito dell'instaurazione di un rapporto di fiducia in cui si sono sentiti incoraggiati e ascoltati.

Queste esternazioni ci conducono a pensare alla crescente diffusione delle cosiddette cartelle cliniche "parallele" o "umane" (Charon, 2006) che, accanto ai tradizionali dati clinici e anamnestici del paziente, prevedono la raccolta di narrazioni e racconti che ruotano intorno al vissuto della malattia.

Il paziente chiede a gran voce di essere accolto, compreso, ascoltato.

Il rimando empatico è la forma di comunicazione che riesce a dare: chiara percezione di essere stati capiti sia nei sentimenti che nelle idee; di essere stati accettati e rispettati; aiuta ad approfondire la comunicazio-

ne; abbassa le tensioni emotive, il senso di minaccia e libera dall'ansia; aiuta ad accettare come naturali ed umani i propri sentimenti senza temerli; facilita l'insight del reale problema e di conseguenza inizia la risoluzione dello stesso; tuttavia lascia alla persona la responsabilità di trovare una soluzione. Sul piano relazionale consolida il rapporto tra i membri dell'interazione, incrementando il mutuo rispetto e la reciproca attenzione all'altro. Inoltre, la capacità di dare giusti feedback, ovvero di restituire all'interlocutore le informazioni in maniera chiara, permetterà la costruzione di una relazione autentica e sinceramente partecipata, permettendo al paziente di vedere con maggior chiarezza dentro se stesso, ma anche di riflettere e approfondire i propri stati d'animo cercando da solo una soluzione al problema. Verbalizzare le emozioni e i contenuti però non basta; perché siano efficaci è necessario che i rimandi siano concisi, focalizzati e chiari.

Il focus dell'Ascolto Centrato sulla Persona, sta proprio nell'importanza che assume l'ascoltatore che non sarà mai direttivo, ma si porrà in una situazione di disponibilità, accoglienza e rispetto verso l'altro.

Questo rimanda necessariamente ad un esercizio costante in fase di formazione. Non si può certo improvvisare!

Ascoltare attivamente, quindi, implica essere aperti a tutti i messaggi dell'altro cercando di comprenderli così come egli li esprime e li sperimenta. È necessario, dunque, sottolineare l'importanza di un duplice aspetto: contenuto e relazione, componenti non solo fondamentali ma inscindibili. Se non si dimostrasse all'interlocutore la presenza nella relazione, potremmo parlare di ascolto logico o di mero sentire. Ogni comunicazione ha un aspetto informativo (contenuto), e un aspetto di relazione (emozioni); questo secondo aspetto imprime una forma al contenuto, che ne definisce il significato come metacomunicazione.

Ci ricolleghiamo quindi alla premessa: "È impossibile non comunicare", perché ogni comportamento è comunicazione, invia un messaggio agli altri, che lo si voglia oppure no. La relazione ha inizio proprio con la comunicazione; curandola, si cerca di *stare con* il paziente credendo fermamente nelle sue possibilità, proponendogli nuovi schemi di comportamento e aiutandolo a raggiungere la guarigione secondo le modalità che ritiene più opportune per lui.

Nella comunicazione anche il silenzio rappresenta una componente importante. Allenarsi ad ascoltarlo implica il non viverlo come minaccio-

so o imbarazzante (Anfossi, 2013). Accogliere i silenzi significa, altresì, lasciare l'interlocutore libero di esplorare i propri vissuti, rispettandone tempi e modalità. Al giorno d'oggi viviamo nella frenesia e nel rumore costante e non siamo abituati ad ascoltare veramente.

La formazione mira ad esercitare questa capacità.

3.1. *Il processo di cura*

Il presupposto da cui parte Rogers è che il cliente è il vero conoscitore di se stesso. Pertanto, partendo da questo assunto, l'operatore sanitario si pone come *facilitatore del cambiamento*, accompagnando e affiancando il paziente, come un vero e proprio compagno di viaggio, fornendogli gli strumenti adeguati affinché possa:

1. percepire il suo disagio e superare fase dell'incongruenza;
2. far emergere l'autoconsapevolezza;
3. accettare i propri limiti e cercare soluzioni adeguate al proprio problema.

Supportandolo dal punto di vista emotivo, si affiancherà un percorso riabilitativo mirato alla guarigione (Perna, 2021).

Ciò che conta è che si guardi al paziente come persona e non come "malato" a cui imporre passivamente una terapia.

Secondo la visione rogersiana, in una relazione di aiuto, ogni persona è vista come individuo degno di fiducia e capace di promuovere da sé il proprio empowerment (Petrini, Zucconi, 2008).

Praticare un ascolto attivo significa restituire *potere* alla persona, proponendogli un messaggio di comprensione e supporto che fungeranno da basi per tutto il processo riabilitativo.

4. Conclusioni

A volte si presentano delle situazioni che improvvisamente stravolgono la vita delle persone. Pensiamo, per esempio, ad un incidente improvviso, a causa del quale una persona giovane perde l'uso delle gambe. Ovviamente si troverà in uno stato di disperazione tale da non prendere neanche in considerazione un percorso fisioterapico. A questo punto entra in gioco il valore strettamente

educativo. Un fisioterapista ha il compito di restituire speranza, offrire nuove prospettive e visioni del mondo. Il paziente penserà che la vita sia finita, ma la vita può essere anche altro (Giosi, 2022). Il sociologo Bury ha definito la malattia una *rottura biografica*, un evento improvviso che rivoluziona il tranquillo scorrere del tempo della vita, un accadimento che il malato e i suoi familiari faticano ad accettare e a spiegarsi. Ecco, dunque, la necessità di aiutare il paziente a uscire dal silenzio in cui spesso si rinserra, permettendogli di dare voce e corpo alle tante e controverse emozioni che si congelano di fronte ad una diagnosi, soprattutto se grave o invalidante (Bert, 2007).

In un'ottica interdisciplinare, l'educazione offre molteplici alternative, fornisce obiettivi nuovi e un insieme di percorsi alternativi e inesplorati.

In questo delicato percorso, l'operatore sanitario si fa carico del paziente nella sua interezza, costruendo un punto di vista del tutto nuovo che considera i vissuti del paziente, con le sue problematiche e le sue fragilità.

In questo discorso s'inserisce perfettamente la medicina narrativa che tiene conto non soltanto del problema fisiologico, ma anche del malessere (*illness*) dal punto di vista globale della persona (Zannini, 2008).

Il punto nodale del discorso è riposizionarsi di volta in volta lungo il cammino, utilizzando la medicina narrativa che permette, attraverso un cambiamento di approccio alla cura, di attivare dei benefici per i pazienti e, allo stesso tempo, agli operatori del settore di lavorare in maniera più serena e umana.

Partendo da questi assunti, riteniamo che gli studenti debbano possedere una formazione ben precisa che non sia puramente nozionistica, ma che dia loro la possibilità di sperimentarsi in maniera pratica. Le professioni sanitarie sono altamente qualificate dal punto di vista medico e scientifico, ma la strada è ancora lunga per avvicinarsi al paziente con un nuovo metodo dal punto di vista umano, completo e non settoriale.

La Medicina Narrativa non si sostituisce all'Evidence Based Medicine, ma la integra e la arricchisce.

Bisognerebbe migliorare lo stile assistenziale attraverso l'acquisizione di modalità differenti di approccio alla cura, che permettano di dialogare con il proprio paziente in maniera empatica, imparando a gestire vissuti di frustrazione e a valorizzare la narrazione.

Il fisioterapista dovrebbe essere in grado di accogliere i sentimenti legati alla sofferenza e alla disperazione senza, però, rimanerne invischiato. Questo è possibile soltanto attraverso un grande lavoro su se stessi e una

buona formazione. Molti progetti stanno ormai andando in questa direzione e anche l'ambito accademico è interessato a dotare gli studenti delle competenze necessarie per migliorare qualitativamente la realtà professionale del personale sanitario.

La nostra proposta prevede: un breve percorso psicoterapeutico; una formazione in chiave narrativa e rogersiana; gruppi d'incontro periodici con la supervisione di un counsellor.

Con tali presupposti si auspica un miglioramento della qualità umana e professionale, che si ripercuoterà inevitabilmente sul funzionamento del percorso clinico di ciascun paziente, con un relativo arricchimento reciproco.

Riferimenti bibliografici

- ALFIERI G. MUSUMECI L., *Ascoltare e parlare. Manuale di comunicazione assertiva*, Ed. La Meridiana, Molfetta (BA) 2007.
- ANFOSSI M., *Sguardi di cura: per una clinica del terzo millennio Centrata sulla Persona*, Alpes Italia, Roma 2013.
- BENELLI C. MÒNICA GIJÒN CASARES (a cura di), (in) *Tessere relazioni educative. Teorie e pratiche di inclusione in contesti di vulnerabilità*, FrancoAngeli, Milano 2020.
- BERT, G., *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2007.
- BERTOLINI P., CARONIA L., *Ragazzi difficili. Pedagogia interpretativa e linee di intervento*, La nuova Italia, Milano 2000, p. 87.
- BERTOLINI P., *Pedagogia Fenomenologica. Genesi, sviluppo, orizzonti*, La Nuova Italia, Milano-Firenze 2001.
- BOFFO V. (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, Clueb, Bologna 2006.
- *Per una comunicazione empatica*, ETS, Pisa 2005.
- CHARON R., *Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust*, «JAMA» 286 (15) 2001, pp. 1902-1987.
- *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*, Oxford: Oxford University Press, 2006.
- *Where does narrative medicine come from? Drives, diseases, attention and the body*. In P.L. RUDNYTSKY & R. CHARON (Ed.), *Psychoanalysis and Narrative Medicine* (pp 23-36), State University of New York Press, New York 2008.

- DI LAURO D., *L'assertività. Comunicare in modo chiaro ed efficace*, Xenia edizioni, Pavia 2008.
- GASPARI P., *Cura educativa, relazione d'aiuto e inclusione*, Ed. Anicia, Roma 2020.
- GIOSI M., *Le radici pedagogiche della cura. Empatia, vulnerabilità, dolore*, Ed. Anicia, Roma 2022.
- GORDON T., *T.E.T. Teacher Effectiveness Training*, 1974; Tr. It., *Insegnanti efficaci. Pratiche educative per insegnanti, genitori e studenti*, Giunti editore, Firenze 1991.
- LARSON G.D. (1993). *The helper's journey. Working with people facing grief, loss, and life-threatening illness*. Tr. It. *Aiutare chi soffre*, Edizioni La Meridiana, Molfetta (BA) 2007.
- MASLOW A., *Motivation and Personality*, Harper, New York 1954. Tr. It., *Motivazione e personalità*, Armando editore, Roma 1992.
- NAGAN W.; JACOBS G.; ZUCCONI A., *Social Power. World Academy of Art and Science Press*. Napa, CA. USA 2016.
- PERNA A., *La relazione è cura. Un percorso formativo per chi opera nei contesti socio sanitari e assistenziali... e non solo*, Zanichelli, Bologna 2021.
- PETRINI P., ZUCCONI A., *La relazione che cura*, Alpes Italia, Roma 2008.
- ROGERS C., *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*, Boston, Houghton and Miffling, 1961. Tr. It. *La terapia Centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze 1970.
- *Client-centred therapy*, Boston, Houghton Mifflin, 1951. Tr. It. *Terapia centrata sul cliente*, Ed. La meridiana, Molfetta (BA) 2007.
- *El proceso de convertirse en persona*, Paidòs, Barcelona, 2002.
- VERLATO M.L., ANFOSSI M., *Relazioni ferite. Prendersi cura delle sofferenze nel rapporto Io-Tu*, Ed. La meridiana, Molfetta (BA) 2006.
- WATZLAWICK P., *Pragmatics of Human Communication. A study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*, W.W. Norton & Co, New York 1967. Tr. It., *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*, (1971), Astrolabio, Roma 1977, p. 43.
- ZANNINI L., *Medical humanities e medicina narrativa: nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2008.