

Compendium academicum
Strumenti per la formazione universitaria

Compendium academicum
Strumenti per la formazione universitaria

a cura di Fabiano Martinelli

1. Lorenzo Conti, *Manuale di riabilitazione psichiatrica. Strumenti e interventi in ambito familiare, clinico e lavorativo*, 2025, pp. 184.
2. Riccardo Ruffoli, *Comunicare è avere cura. Pragmatica della comunicazione interpersonale in ambito sanitario*, 2026, pp. 132.
3. Jonathan Fusi, Giorgia Scarfò, *Manuale per le scienze motorie, dalla fisiologia allo strutturare un piano motorio*, in preparazione.
4. Riccardo Ruffoli, *L'accessibilità invisibile. Neurotipia, neurodivergenza e progettazione della didattica nell'università*, in preparazione.

Riccardo Ruffoli

Comunicare è avere cura

Pragmatica della comunicazione
interpersonale in ambito sanitario



Edizioni ETS



www.edizioniets.com

© Copyright 2026

Edizioni ETS

Palazzo Roncioni - Lungarno Mediceo, 16, I-56127 Pisa

info@edizioniets.com

www.edizioniets.com

Distribuzione

Messaggerie Libri SPA

Sede legale: via G. Verdi 8 - 20090 Assago (MI)

Promozione

PDE PROMOZIONE SRL

via Zago 2/2 - 40128 Bologna

ISBN 978-884677583-2

*Se mi lasciassi comprendere veramente
da un'altra persona, potrei esserne trasformato.
E tutti noi abbiamo paura del cambiamento.*
Carl R. Rogers, *On Becoming a Person*, 1961

L'attenzione è la forma più rara e più pura della generosità.
Simone Weil, *Lettera a Joë Bousquet*, 13 aprile 1942

INDICE

Prefazione	11
Introduzione	13
CAPITOLO 1	
IL PRIMO ASSIOMA: NON SI PUÒ NON COMUNICARE	17
1.1. L'enunciato dell'assioma e il suo contesto teorico	17
1.2. Comunicazione e intenzionalità: una separazione fondamentale	18
1.3. Il tentativo di non comunicare	18
1.3.1. <i>Il dilemma schizofrenico come caso limite</i>	19
1.3.2. <i>Implicazioni per la relazione sanitaria</i>	19
1.4. I tre livelli della comunicazione	19
1.4.1. <i>La comunicazione verbale</i>	19
1.4.2. <i>La comunicazione paraverbale</i>	20
1.4.3. <i>La comunicazione non verbale</i>	20
1.5. La comunicazione non verbale in dettaglio	21
1.5.1. <i>Le espressioni facciali</i>	21
1.5.2. <i>La gestualità</i>	22
1.5.3. <i>La postura</i>	22
1.6. La prossemica nell'ambiente sanitario	23
1.7. Il contesto come cornice interpretativa	23
1.8. Dalla inconsapevolezza alla competenza: un percorso formativo	24
1.9. Il primo assioma nella relazione di cura: sintesi operativa	25
CAPITOLO 2	
IL SECONDO ASSIOMA: CONTENUTO E RELAZIONE	27
2.1. L'enunciato dell'assioma	27
2.2. "Notizia" e "comando": l'analogia di Bateson	27
2.3. L'aspetto di relazione come metacomunicazione	28
2.4. Come i due livelli definiscono la relazione	29
2.5. Conferma, rifiuto e disconferma	29
2.5.1. <i>La conferma</i>	29
2.5.2. <i>Il rifiuto</i>	30
2.5.3. <i>La disconferma</i>	30

2.6.	Quando contenuto e relazione entrano in conflitto	31
2.6.1.	<i>Il doppio legame nella relazione sanitaria</i>	31
2.7.	Applicazione al consenso informato	32
2.8.	Il secondo assioma nella relazione di cura: sintesi operativa	33

CAPITOLO 3

IL TERZO ASSIOMA:

LA PUNTEGGIATURA DELLE SEQUENZE COMUNICATIVE		35
3.1.	La punteggiatura: organizzare la sequenza degli eventi	35
3.2.	L'esempio della coppia: dove inizia il cerchio?	36
3.3.	Un intermezzo matematico: la serie oscillante di Bolzano	37
3.4.	La punteggiatura nella relazione di cura	38
3.5.	Uscire dal cerchio	39
3.6.	Una questione di prospettiva	39

CAPITOLO 4

IL QUARTO ASSIOMA:

COMUNICAZIONE ANALOGICA E DIGITALE		41
4.1.	Due modi di dare un nome alle cose	41
4.2.	Ciò che un codice ha, l'altro non possiede	42
4.3.	Il problema della traduzione	43
4.4.	Il quarto assioma alla luce degli altri	44
4.5.	La traduzione nella pratica clinica quotidiana	44
4.6.	L'assioma nella sua formulazione	45
4.7.	Una nota sul digitale contemporaneo	45

CAPITOLO 5

IL QUINTO ASSIOMA:

INTERAZIONE SIMMETRICA E COMPLEMENTARE		47
5.1.	Dalla Nuova Guinea alla corsia: la scismogenesi	47
5.2.	Uguaglianza e differenza	48
5.3.	La relazione di cura come relazione complementare	48
5.4.	Le patologie dei due modelli	49
5.5.	L'escalation simmetrica	49
5.6.	La rigidità complementare	50
5.7.	L'assioma nella sua formulazione	51
5.8.	La flessibilità come competenza relazionale	51
5.9.	Cinque assiomi, una visione	52

CAPITOLO 6	
LE BARRIERE ALLA COMUNICAZIONE DI THOMAS GORDON	53
6.1. Il linguaggio della non accettazione	54
6.2. Le barriere che offrono soluzioni	55
6.3. Una scena: il signor Caruso e la terapia insulinica	56
6.4. Una scena: la signora Ferro e il dolore cronico	57
6.5. Le barriere che giudicano	59
6.6. Le barriere che minimizzano	59
6.7. Una scena: la signora Bianchi e la diagnosi oncologica	60
6.8. La barriera dell'interrogazione	62
6.9. La barriera della diversione	62
6.10. Una scena: Marco e l'infermiere di turno	63
6.11. Perché le barriere fanno danno: il meccanismo comune	64
6.12. Le barriere alla luce degli assiomi	65
6.13. Dalla non accettazione all'accettazione	65
6.14. Gli strumenti dell'accettazione	66
6.15. L'ascolto attivo in pratica: un esempio	67
CAPITOLO 7	
IL PRINCIPIO DI COOPERAZIONE DI PAUL GRICE	69
7.1. La formulazione del principio	70
7.2. Le quattro massime	70
7.2.1. <i>Massima di Quantità: dire abbastanza, ma non troppo</i>	70
7.2.2. <i>Massima di Qualità: dire il vero</i>	71
7.2.3. <i>Massima di Relazione: essere pertinenti</i>	71
7.2.4. <i>Massima di Modo: essere chiari</i>	72
7.3. Quando le massime vengono violate: le implicature conversazionali	72
7.4. Violare e sfruttare: una distinzione cruciale	73
7.5. Grice alla luce della <i>Pragmatica</i> di Watzlawick	74
7.6. Le regole invisibili	74
CAPITOLO 8	
PRINCIPI ETICI DELLA COMUNICAZIONE SANITARIA	77
8.1. I principi di riferimento	77
8.2. Rispetto dell'autonomia: il paziente come soggetto decisionale	78
8.3. Beneficenza: comunicare per il bene del paziente	79
8.4. Non maleficenza: quando le parole possono fare la differenza	80
8.5. Giustizia e non discriminazione: comunicare con equità	81
8.6. Riservatezza: il dovere di proteggere	82
8.7. Integrità e trasparenza: dire il vero, dire il necessario	82
8.8. Quando i principi entrano in conflitto	83

8.9. Quando i principi non bastano: una situazione reale	84
8.10. Orientare non è manipolare – ma il confine è etico, non tecnico	85
8.11. L’etica come fondamento	86
CAPITOLO 9	
LA PRAGMATICA DELLA COMUNICAZIONE NELL’ERA DIGITALE	87
9.1. Ciò che si perde: una riduzione selettiva, non generica	88
9.2. Cosa accade quando il canale analogico si riduce	88
9.3. Il quarto assioma sotto pressione – e gli altri con lui	90
9.4. La prima impressione: la cornice cambia il quadro	91
9.5. Compensare: una strategia a tre livelli	92
9.6. Le massime di Grice nella comunicazione mediata	93
9.7. Ciò che la tecnologia non cambia	94
Conclusioni	97
APPENDICE	
SITUAZIONI DI RIFLESSIONE	101
Il corridoio e lo studio (<i>Capitolo 1</i>)	101
Devo preoccuparmi? (<i>Capitolo 2</i>)	102
Il campanello (<i>Capitolo 3</i>)	104
Sono stanco (<i>Capitolo 4</i>)	106
La stessa stanza (<i>Capitolo 5</i>)	108
La visita senza problemi (<i>Capitolo 6</i>)	110
I pomodori (<i>Capitolo 7</i>)	112
Venticinque minuti e dieci (<i>Capitolo 8</i>)	114
La connessione (<i>Capitolo 9</i>)	115
Glossario	119
Riferimenti bibliografici	127

PREFAZIONE

di **Ciro Conversano**

Nella formazione del professionista della salute, gran parte delle energie viene investita nella padronanza di strumenti diagnostici e terapeutici sempre più sofisticati. Eppure, esiste uno strumento che il clinico utilizza più di ogni altro, spesso inconsapevolmente, in ogni istante della sua attività professionale: la comunicazione.

Si tratta di uno strumento del quale raramente si ha padronanza e conoscenza, non trasmesse con la stessa sistematicità delle procedure tecniche. Proprio per questo, è anche uno dei più sottovalutati. La comunicazione viene considerata una dote naturale o un'appendice dell'atto medico, ma è in realtà una competenza clinica a tutti gli effetti e, come tale, richiede formazione specifica, esercizio costante e profonda consapevolezza.

La letteratura scientifica è oggi inequivocabile: una comunicazione efficace non è soltanto una questione di cortesia, ma un fattore determinante per l'aderenza terapeutica, per la riduzione degli errori medici e per il miglioramento complessivo degli esiti clinici. La comunicazione non accompagna la cura: ne costituisce una componente strutturale e inseparabile. È a partire da questa consapevolezza che nasce questo manuale; il suo obiettivo è chiaro e ambizioso: riportare la comunicazione al centro della pratica sanitaria come dimensione fondante della relazione di cura.

La scelta metodologica è altrettanto netta: prendere come bussola la Pragmatica della comunicazione umana di Watzlawick, Beavin e Jackson e collocarsi in una tradizione teorica che ha descritto con straordinaria lucidità i meccanismi profondi di ogni interazione umana. I cinque assiomi vengono presentati come strumenti operativi concreti: l'impossibilità di non comunicare, la distinzione tra livello di contenuto e livello di relazione, la punteggiatura delle sequenze comunicative, la dualità tra comunicazione analogica e digitale, e la dinamica tra relazioni simmetriche e complementari le vedremo come chiavi di lettura privilegiate della quotidianità clinica.

Un valore aggiunto di questo lavoro risiede nella capacità di traduzione dalla teoria alla pratica. Ogni concetto trova immediato riscontro nella realtà dell'incontro con il paziente: nei silenzi, negli sguardi, nelle parole pronunciate e in quelle volutamente evitate. Il manuale non si ferma tuttavia ai fondamenti della Pragmatica. Amplia lo sguardo integrando contributi essenziali:

le barriere comunicative descritte da Thomas Gordon, che evidenziano come anche le migliori intenzioni possano ostacolare un ascolto autentico; il principio di cooperazione di Grice, che illumina le regole implicite della conversazione; i principi etici della comunicazione in sanità; e le sfide poste dalla comunicazione digitale, dove il canale cambia ma la responsabilità professionale e umana rimane invariata.

Questo manuale, infine, è un invito a osservare il proprio modo di comunicare, a interrogarsi e a sviluppare quella consapevolezza che rappresenta il primo, indispensabile passo verso una competenza reale.

In un tempo in cui la medicina rischia di essere percepita soprattutto attraverso le sue straordinarie tecnologie, questo testo ricorda un principio essenziale: ogni gesto clinico nasce e si compie in un incontro umano. Le parole pronunciate, quelle taciute, i silenzi e i gesti che lo animano non sono mai elementi neutri. Coltivare con consapevolezza la comunicazione significa, in ultima analisi, esercitare la cura nella sua forma più vera.

Ciro Conversano è Professore Associato di Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica dell'Università di Pisa. Psicoterapeuta e autore di oltre 150 pubblicazioni scientifiche internazionali, si occupa da anni di relazione terapeutica, mindfulness e dinamiche comunicative in ambito clinico e organizzativo. Dirige corsi universitari di perfezionamento dedicati alle pratiche dialogiche e contemplative.

INTRODUZIONE

Questo manuale parte da una constatazione e da una domanda. La constatazione: la comunicazione è lo strumento che i professionisti della salute usano più di qualunque altro – più del fonendoscopio, più dell'ecografo, più del bisturi. La domanda: quanta formazione sistematica dedichiamo a questo strumento?

Nella formazione sanitaria impariamo ad auscultare un torace, a leggere un elettrocardiogramma, a suturare una ferita. Lo spazio dedicato alla comunicazione – come comunicare una diagnosi difficile, come gestire un colloquio con i familiari, come accogliere il silenzio di un paziente – è tradizionalmente più contenuto. La ricerca ci dice che queste competenze hanno un impatto diretto sugli esiti clinici.

Perché la comunicazione è una competenza clinica

Una metanalisi pubblicata nel 2009 sulla rivista *Medical Care* ha esaminato 106 studi sull'associazione tra comunicazione del medico e aderenza terapeutica del paziente. Il risultato è netto: i pazienti dei medici che comunicano efficacemente hanno il 19% di probabilità in più di aderire alla terapia rispetto ai pazienti dei medici che comunicano meno efficacemente (Zolnieriek e Di-Matteo, 2009). Il 19% può sembrare un numero modesto. Non lo è. In termini di salute pubblica, un aumento del 19% nell'aderenza terapeutica è paragonabile all'effetto di molti interventi farmacologici.

Non si tratta di un dato isolato. La letteratura converge su un punto: la qualità della comunicazione medico-paziente è associata a migliori esiti clinici, maggiore soddisfazione del paziente, riduzione degli errori medici, riduzione del rischio di contenzioso e di burnout del professionista (Ha e Longnecker, 2010; Stewart, 1995). La comunicazione non è ciò che sta intorno alla cura: è parte integrante della cura stessa.

A chi si rivolge il manuale

Questo manuale è rivolto *in primis* agli studenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e di Infermieristica, ma è leggibile con profitto da chiunque eserciti o si prepari a esercitare la cura. Il registro è quello del "noi" inclusivo: non un testo che parla dall'alto, ma un percorso condiviso nel territorio

della comunicazione interpersonale in ambito sanitario. Il tono non è quello del trattato: è quello di una lezione densa, dove la teoria non è mai fine a sé stessa ma trova sempre la sua ragion d'essere nella pratica clinica. I casi e gli esempi descritti nel manuale non sono decorazioni: sono il modo in cui i concetti prendono corpo.

Un manuale e una scelta di metodo

Questo manuale si costruisce attorno a un testo: la *Pragmatica della comunicazione umana* di Paul Watzlawick, Janet Beavin e Don Jackson, pubblicata nel 1967 e tradotta in italiano nel 1971 dalla Casa Editrice Astrolabio. È una scelta deliberata, e vale la pena spiegarne le ragioni.

La *Pragmatica* della comunicazione è lo studio degli effetti comportamentali della comunicazione – non di ciò che le parole significano in astratto, ma di ciò che producono nelle relazioni tra le persone. Questo approccio è particolarmente adatto al contesto sanitario, dove la comunicazione non è mai un esercizio teorico: è sempre un atto che ha conseguenze sulla relazione di cura, sulla comprensione del paziente, sulla sua adesione al percorso terapeutico, sulla qualità della collaborazione in équipe.

Il libro di Watzlawick e colleghi propone cinque “assiomi” – proprietà fondamentali della comunicazione che operano in ogni interazione umana. Gli autori stessi li definiscono “tentativi”, riconoscendone la natura preliminare. Eppure, a quasi sei decenni dalla pubblicazione, questi assiomi restano il quadro concettuale più influente per l'analisi della comunicazione interpersonale in ambito clinico. Useremo il testo originale come guida, citandolo con precisione – sezione per sezione – e traducendo ogni concetto nel linguaggio della relazione di cura.

Un percorso in nove capitoli

Il manuale segue un percorso che procede dal fondamento teorico alle applicazioni specifiche.

I primi cinque capitoli sono dedicati ai cinque assiomi della *Pragmatica*. Ciascun capitolo prende un assioma, lo legge nel testo originale di Watzlawick e colleghi e ne esplora le implicazioni per la comunicazione sanitaria. Non si può non comunicare (Capitolo 1): il silenzio, la postura, lo sguardo – tutto è messaggio, e il professionista sanitario ne è responsabile. Ogni comunicazione ha un livello di contenuto e uno di relazione (Capitolo 2): il *cosa* diciamo e il *come* lo diciamo non sono separabili, e quando si contraddicono è il “come” a prevalere. La punteggiatura delle sequenze comunicative (Capitolo 3): medico e paziente organizzano la stessa sequenza di eventi in storie diverse, e pretendere di avere la punteggiatura “giusta” è già parte del problema.

Comunicazione analogica e digitale (Capitolo 4): il linguaggio delle parole e il linguaggio del corpo hanno forze e limiti complementari, e tradurre dall'uno all'altro è un compito quotidiano della pratica clinica. Interazione simmetrica e complementare (Capitolo 5): la relazione di cura è strutturalmente complementare, e la flessibilità nel muoversi tra simmetria e complementarità è una competenza professionale.

I capitoli successivi allargano lo sguardo. Le barriere alla comunicazione di Thomas Gordon (Capitolo 6) offrono una mappa dei modi in cui, con le migliori intenzioni, possiamo ostacolare la comunicazione con il paziente. Il Principio di Cooperazione di Paul Grice (Capitolo 7) ci dà un modello di come la comunicazione funziona quando funziona – e di cosa accade quando le regole implicite della conversazione vengono violate. I principi etici della comunicazione sanitaria (Capitolo 8) collocano la competenza comunicativa nel quadro dei doveri professionali. Infine, la *Pragmatica* della comunicazione nell'era digitale (Capitolo 9) affronta le sfide specifiche della telemedicina e della comunicazione mediata dalla tecnologia.

Il contatto umano come atto di cura

Le neuroscienze ci dicono che il contatto umano attiva sistemi cerebrali specifici – circuiti legati all'empatia, alla regolazione emotiva, al senso di sicurezza – che hanno un impatto diretto sui processi di guarigione e sul benessere del paziente (Decety e Fotopoulou, 2015). Quando un professionista sanitario ascolta con attenzione, quando tocca con rispetto, quando comunica con consapevolezza, non sta semplicemente comportandosi con gentilezza: sta attivando meccanismi neurobiologici che fanno parte, a tutti gli effetti, del processo terapeutico.

Questo manuale non ha l'ambizione di farvi diventare comunicatori perfetti, ma di rendervi comunicatori consapevoli – una distinzione che ha conseguenze reali sulla qualità della cura che saprete offrire.

Cominciamo.

Edizioni ETS
Palazzo Roncioni - Lungarno Mediceo, 16, I-56127 Pisa
info@edizioniets.com - www.edizioniets.com
Finito di stampare nel mese di maggio 2026