

PASQUALE DI PRISCO

**Manuale
meta-operativo
per comunità
terapeutico-riabilitative**

Il setting, l'operatore e poco altro

SAGGI

tab edizioni

© 2026 Gruppo editoriale Tab s.r.l.
viale Manzoni 24/c
00185 Roma
www.tabedizioni.it

Prima edizione ottobre 2026
ISBN versione cartacea 979-12-5669-481-5
ISBN versione digitale 979-12-5669-482-2

È vietata la riproduzione, anche parziale,
con qualsiasi mezzo effettuata, compresa la
fotocopia, senza l'autorizzazione dell'editore.
Tutti i diritti sono riservati.

Il contenuto del libro non è stato realizzato
con l'ausilio di alcuno strumento di
intelligenza artificiale; altresì il contenuto
del libro non può essere utilizzato per
l'addestramento di strumenti di intelligenza
artificiale.

Indice

p.	9	Introduzione
	13	Premessa
	15	Glossario minimo operativo
	19	A chi legge
		<i>Il meccanismo terapeutico: come si costruisce e si mantiene</i>
		Prima parte
	23	Capitolo 1
		<i>Il meccanismo terapeutico della CT</i>
	29	Capitolo 2
		<i>Definire O. L'Operatore come sistema</i>
	35	Capitolo 3
		<i>Definire P. Il Paziente come gerarchia di elementi</i>
	39	Capitolo 4
		<i>Il clima come prodotto dell'équipe</i>
	43	Capitolo 5
		<i>La narrazione di comunità e il progetto riabilitativo</i>

L'intervento: come si opera dentro il meccanismo

Seconda parte

- p. 51 Capitolo 6
Che cos'è un intervento
- 55 Capitolo 7
Le componenti dell'intervento efficace
- 63 Capitolo 8
Scene quotidiane. Il livello minimo dell'intervento
- 67 Capitolo 9
Scene critiche. Il livello alto dell'intervento
- 75 Capitolo 10
La coerenza dell'équipe
- 79 Capitolo 11
La supervisione come parte del meccanismo terapeutico
- 85 Capitolo 12
La referenza e la sintesi d'area
- 89 Capitolo 13
La trasmissione della competenza nell'équipe
- 93 Capitolo 14
Riferimenti rapidi per O

p. 99	Capitolo 15 <i>O come strumento terapeutico</i>
107	Capitolo 16 <i>La presenza in turno: postura e buone pratiche</i> <i>Fondamenti teorici e modello clinico</i> Terza parte
113	Capitolo 17 <i>La CT come sistema complesso adattivo</i>
121	Capitolo 18 <i>Psicopatologia come rigidità strutturale</i>
129	Capitolo 19 <i>Psicoanalisi della relazione in CT</i>
137	Capitolo 20 <i>Il campo interpersonale come livello emergente</i>
145	Capitolo 21 <i>Assessment, PTRP e progettazione clinica</i>
153	Capitolo 22 <i>Ricerca e identità istituzionale</i>
161	Bibliografia
165	Ringraziamenti

Questo manuale non sarebbe ciò che è senza le persone che in questi anni hanno attraversato le comunità.

Sono profondamente grato alle colleghe e ai colleghi che hanno messo pazienza quando eravamo ancora grezzi, curiosità quando sembrava più semplice smettere di fare domande e una presenza costante che tiene salde le strutture anche nei momenti in cui non sembrerebbero reggere.

Il testo è in larga parte ciò che abbiamo imparato insieme: a volte in modo ordinato, più spesso avventuroso.

Il disordine, in retrospettiva, era necessario.

E continua a esserlo.

Premessa

Non è un testo teorico, anche se poggia su presupposti teorici precisi. Non è un manuale operativo, anche se contiene strumenti operativi. È il tentativo di sistematizzare un metodo di lavoro: renderlo trasmissibile a chi non c'era e riconoscibile a chi c'era. Va inteso come un "a oggi", non come una formalizzazione definitiva.

I presupposti teorici sono due: la psicoanalisi della relazione e la teoria dei sistemi complessi adattivi. Sono quadri concettuali esigenti. La sfida, e il senso del lavoro negli anni, è stata tradurli in qualcosa che un Operatore sociosanitario (OSS), un educatore o un infermiere potesse riconoscere nel proprio turno, senza dover prima leggere Maturana o padroneggiare il concetto di mentalizzazione. Questa traduzione non è mai stata una semplificazione. Al contrario, ha reso più chiaro come quei concetti, tutti già operativi nel meccanismo di cura, dovessero entrare nella narrazione d'équipe, e cosa fosse invece pura erudizione.

Il precipitato atteso, ideale, è ciò che si può chiamare ecogenesi relazionale: la costruzione quotidiana di un campo relazionale stabile, leggibile e condiviso. Non una tecnica. Un metodo. La differenza, come vedremo, non è sottile.

A chi legge

La comunità terapeutica è un sistema che si abita, si utilizza e si governa in modi differenti a seconda del ruolo che si occupa. Comprenderne i framework, come è costruita, come funziona, cosa la rende terapeutica, è utile a tutti, ma in modo diverso per ciascuno. Vale la pena dirlo subito, e dirlo separatamente.

Se si è operatori di comunità

Chi lavora in comunità ha già un'esperienza del campo, anche breve, anche senza una formazione clinica specifica. Sa cosa significa coprire un turno, rispondere a una richiesta, reggere un momento difficile. Queste pagine non chiedono di diventare terapeuti. Chiedono qualcosa di più preciso: comprendere il meccanismo dentro cui si lavora. Perché quando quel meccanismo diventa leggibile, il turno cambia. Non diventa più facile, ma diventa più orientabile. E l'orientamento è già, in sé, una forma di competenza.

Se si è psichiatri o clinici invianti

Il lavoro del clinico inviante e quello della comunità si incontrano in punti precisi: il PTRP (progetto terapeutico riabilitativo personalizzato), il mandato, la negoziazione degli obiettivi. Punti che spesso vengono trattati come adempimenti formali. Queste pagine provano a mostrare perché non lo sono: come quella negoziazione, fatta bene o fatta male, entri nel campo terapeutico e produca effetti clinici reali. Non è necessario conoscere nel dettaglio il lavoro quotidiano della comunità; è necessario comprenderne sufficientemente il funzionamento per poterci lavorare insieme, invece che in parallelo.

Se si è referenti di cooperativa

Chi occupa questa posizione conosce la comunità dall'interno, ma è chiamato anche a guardarla da fuori, con responsabilità organizzative, gestionali e di continuità. Le decisioni su turni, équipe, supervisione e carichi di lavoro non costituiscono uno sfondo neutro della cura: entrano direttamente nel meccanismo terapeutico e lo condizionano. Comprendere cosa produce clinicamente una scelta organizzativa non aggiunge peso a decisioni già complesse; è, alla fine, il modo migliore per compierle.

**Il meccanismo terapeutico:
come si costruisce e si mantiene**
prima parte

Prima di parlare di cosa fare, è necessario condividere come vediamo ciò che accade. Ogni scelta operativa in comunità deriva da una teoria implicita del paziente, dell'operatore e della cura. Renderla esplicita e condivisa è la premessa di un lavoro coerente.

Le scelte operative non sono neutrali: derivano da un'idea del paziente, dell'operatore e della cura. Quando quell'idea resta implicita, le scelte sembrano ovvie – e smettono di essere scelte. Renderla esplicita è il primo atto di metodo.

Capitolo 1

Il meccanismo terapeutico della CT

Operiamo all'interno di una struttura riabilitativa residenziale psichiatrica. Questo non è solo un dato organizzativo: è il contesto che definisce le possibilità e i vincoli del lavoro. La struttura è il contenitore fisico e normativo. Il meccanismo di cura è l'entità clinica che vi alloggia ed è governata dall'équipe.

Tutti i componenti dell'équipe sono operatori. Il termine non designa una qualifica: designa una funzione. Chiunque sia in relazione con il P produce un intervento terapeutico, indipendentemente dal proprio ruolo formale. L'infermiere che consegna la terapia serale, l'educatore che accompagna un'uscita, l'Operatore sociosanitario (OSS) che siede accanto a qualcuno durante il pranzo: tutti stanno intervenendo, che ne siano consapevoli o no. La consapevolezza è ciò che trasforma la presenza in cura.

Il meccanismo di cura è definito da tre elementi distinti, ciascuno con una responsabilità specifica e ciascuno con una funzione precisa rispetto ai sistemi che la comunità ospita.

- *Set*. Procedure, risorse e peculiarità della struttura: spazi fisici, regole fondanti, ritmi della giornata, com-

posizione dell'équipe. Cambiano solo per decisione documentata e non sono negoziabili nella scena. La responsabilità è del coordinatore.

Il set non è burocrazia. È la condizione che rende possibile la sedimentazione per chi è nelle fasi più fragili del percorso, per chi attraversa il campo senza ancora abitarlo, per chi itera senza ancora costruire una struttura interna stabile. Un campo che cambia continuamente i propri ritmi, che offre regole diverse a seconda di chi è in turno, non produce apprendimento in questi sistemi: produce frammentazione. La stabilità del set è la prima forma di cura, non la più visibile, ma spesso la più necessaria. Quando un P sa che il pranzo è alle dodici e mezzo, che la terapia si ritira sempre nella stessa stanza, che alle 9 di mattina c'è il gruppo, non sta semplicemente seguendo una routine: sta sperimentando che il mondo può essere prevedibile. Per molti di loro è un'esperienza nuova.

- *Setting*. Le regole condivise che governano la vita della comunità: modalità di gestione delle richieste, norme di convivenza, format delle attività terapeutiche. Viene periodicamente ridiscusso dall'équipe. La responsabilità è collettiva.

Il setting è la calibrazione continua del campo in funzione di chi lo abita in quel momento. La stessa risposta a una richiesta di uscita produce effetti opposti in un P in fase di consolidamento e in uno appena arrivato. Il setting non è uguale per tutti e non è uguale nelle diverse fasi del percorso di ciascuno: è l'interruzione tollerabile e la riparazione riconoscibile rese pratiche condivise dell'équipe. La sua coerenza

tra operatori non è rigidità; è la condizione che rende il campo leggibile e quindi abitabile. Un campo illeggibile non è neutro: è una fonte di ansia continua per chi non ha ancora strumenti per orientarsi.

- *Storytelling*. La narrazione di comunità: costruzione condivisa di senso attorno al percorso di cura. Non è documentazione; è il processo attraverso cui la comunità dà forma al vissuto. La responsabilità è del terapeuta di struttura.

Lo storytelling è la funzione che permette ai sistemi già più formati, quelli che portano nel campo una propria geometria relazionale riconoscibile, di trovare qualcosa che significhi. Un campo che non produce narrazione accumula eventi senza trasformarli in esperienza. Le cose accadono, ma non diventano niente: non diventano storia condivisa, non diventano apprendimento, non diventano materiale clinico pensabile. Una crisi attraversata e non narrata è un'occasione perduta. Una crisi attraversata, discussa in équipe, restituita al P in forma di senso, diventa invece un pezzo del percorso. Lo storytelling chiude il ciclo: trasforma quello che è accaduto in qualcosa che orienta quello che verrà.

Questi tre elementi non sono autonomi: si sorreggono e si condizionano a vicenda. Un set mal definito rende il setting fragile: le regole non tengono se il contenitore cede. Un setting incoerente, applicato diversamente da operatori diversi o modificato senza discussione d'équipe, svuota la narrazione di autorevolezza e insegna al P a cercare le crepe invece di imparare a stare dentro una struttura. Una narra-

zione assente lascia il set come puro contenitore burocratico: le regole senza senso producono obbedienza o rivolta, non sedimentazione.

Il meccanismo funziona quando i tre piani sono allineati. Si deteriora silenziosamente quando uno comincia a cedere e gli altri due non se ne accorgono in tempo. E il deterioramento, di solito, non si annuncia con una crisi visibile: si annuncia con piccole incoerenze che nessuno porta in *équipes*, con risposte sempre meno calibrate, con un clima che si appesantisce senza che nessuno riesca a dire esattamente quando è cominciato.

Il rapporto olografico tra scena e processo

Ogni singola interazione tra O e P, anche la più breve, contiene in sé l'intero processo terapeutico. Non esiste una scena neutra o irrilevante. Una risposta data distrattamente, un tono di voce, un ritardo nel rispondere a una richiesta: tutto questo è già intervento, nel bene o nel male.

Vale la pena fermarsi su questo punto perché è controintuitivo. Siamo abituati a pensare che le cose importanti siano le cose grandi: il gruppo terapeutico, la crisi gestita, la decisione clinica difficile. Ma in comunità il processo si costruisce nei mille scambi piccoli che precedono e seguono quei momenti. Il P che al mattino trova un O disponibile a uno sguardo, anche senza parole, riceve qualcosa. Il P che trova un O distratto, o che risponde in fretta perché ha altro da fare, riceve qualcosa di diverso. Nessuno dei due scambi è neutro.