

Da utente a collega:
spazi, possibilità e domande aperte sull'esperienza
vissuta
nei Servizi per il Consumo di sostanze



Radici storiche

- Tra gli anni '30 e '50 nascono i **gruppi di mutuo-aiuto** (AA, NA): ex-consumatori che si sostengono a vicenda nella gestione della propria *recovery* (Eddie et al., 2019; Webster, 2017).
- Il modello dei **12 passi** valorizza il gruppo come spazio di identificazione e responsabilità reciproca.
- Dagli anni '70/'80 il supporto tra pari entra nelle **comunità terapeutiche** : la relazione tra pari diventa strumento di cambiamento identitario.

Evoluzione del concetto di recovery

- Dagli anni '90 i servizi si orientano verso un paradigma **recovery-oriented**, centrato sul **benessere complessivo** e sull'autonomia, non solo sull'astinenza (Laudet & White, 2010).
- L'OMS (Piano Salute Mentale 2013–2030) riconosce il **coinvolgimento attivo degli utenti** e il **supporto tra pari** come elementi chiave per servizi partecipativi e inclusivi (WHO, 2021).

Dalla spontaneità alla formalizzazione

- Dagli anni 2000 il contributo degli ex-consumatori viene **istituzionalizzato** nei servizi clinici e comunitari: nasce la figura dell'**ESP/UFE/FACILITATORI**.
- L'ESP offre un supporto **complementare** a quello clinico: accompagnamento, orientamento, advocacy, continuità di cura e mediazione tra linguaggi (Bassuk et al., 2016; Scannell, 2021).

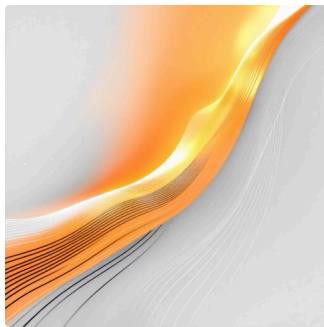
La transizione attuale

L'inserimento degli ESP nei SerD e nelle comunità richiede di ripensare:

- il **significato di recovery** (processo, non solo astinenza);
- le **cornici organizzative** (mandato, ruolo, formazione, riconoscimento);
- le **relazioni con i professionisti**, per evitare forme di tokenismo o paternalismo.

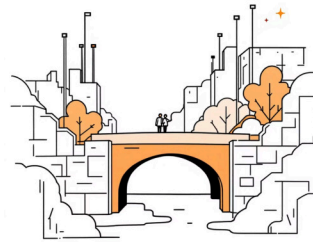
L'ingresso degli ESP nei servizi per le dipendenze è una **transizione culturale e organizzativa** profonda. Non si tratta solo di aggiungere una nuova figura, ma di **ridefinire i confini della cura**, riconoscendo il valore dell'esperienza vissuta come **forma di conoscenza legittima** e la funzione dell'ESP come rappresentativa di un "qualcosa che deve cambiare".

Ogni servizio è chiamato a **interrogarsi su come accogliere questa innovazione**:



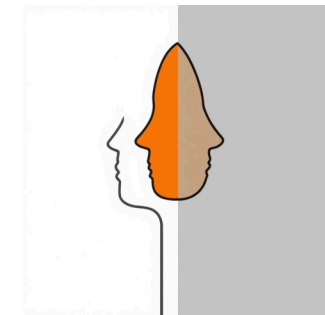
Transizione Culturale e Organizzativa

Quali pratiche e culture la rendono possibile?



Ridefinire i Confini della Cura

Quali resistenze può generare?



Collaborazione Reale vs. Simbolica

Come tradurla in una collaborazione reale e non simbolica?

Obiettivo della sessione:

Offrire una mappa delle **principali questioni critiche** che emergono nei processi di integrazione degli ESP, per anticipare risorse, ostacoli e domande operative utili al contesto del SerD.

Quattro piani intrecciati, che insieme definiscono il grado di apertura del servizio al peer work:



1. Culturale e valoriale

Come il servizio concepisce la *recovery*, la malattia e il sapere esperienziale.

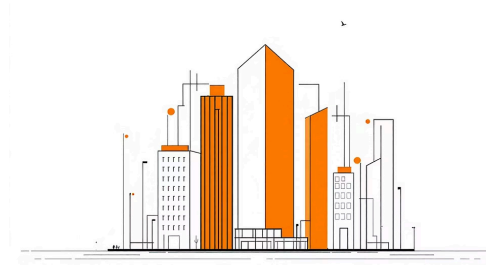
→ Qui emergono stigma, visioni morali e definizioni implicite di "normalità".



2. Relazionale e di ruolo

Come si ridefiniscono confini, prossimità, fiducia e vulnerabilità all'interno del team.

→ Qui si gioca la qualità delle relazioni quotidiane e la possibilità di collaborazione reale.



3. Organizzativa e gestionale

Come l'istituzione traduce il cambiamento in politiche, ruoli, e risorse.

→ Qui si misura il grado di di strutturazione del mandato dell'ESP.



4. Epistemica e valutativa

Come il servizio riconosce e misura il sapere esperienziale e i suoi esiti.

→ Qui si decide se il peer work resta un racconto o diventa parte della conoscenza condivisa.

Dimensione culturale e valoriale

Riguarda le **visioni di salute, malattia e cambiamento** che orientano le pratiche del servizio. È la cornice simbolica che decide cosa consideriamo "**recupero**", "**aiuto**", "**successo**", e che tipo di sapere è legittimo. L'inserimento di un ESP mette in discussione i confini tradizionali fra professionale e personale, cura e controllo, normalità e devianza, spingendo il servizio a interrogarsi sul proprio modo di intendere la cura.

Elementi chiave:

- Definizione di recovery (processo vs esito; astinenza come strategia o come criterio identitario).
- Valore attribuito all'esperienza vissuta (come sapere o come residuo biografico).
- Stigma e linguaggi professionali (il modo in cui parliamo dei pazienti e degli "ex").
- Rischio di cooptazione: quando la cultura organizzativa neutralizza l'alterità.



Snodo critico

Quando la presenza dell'ESP viene accolta "a condizione che si conformi" alla cultura clinica dominante, il ruolo perde la sua funzione trasformativa.

Recovery e astinenza: tre nodi critici

Chi può essere ESP? Ripensare il concetto di recovery

L'equiparazione "recovery = astinenza" restringe l'accesso al ruolo e limita la capacità del servizio di ingaggiare utenti non pronti all'astinenza; servono criteri trasparenti su mansioni compatibili con astinenza parziale/terapia sostitutiva e una definizione di recovery come processo, non solo esito.

(White, 2007; Tracy et al., 2011; Olding et al., 2022)

Autenticità del ruolo vs cooptazione burocratica

Quando il ruolo dell'ESP viene assorbito da procedure e regole, perde la sua forza relazionale e la libertà di usare la propria esperienza in modo spontaneo. Servono spazi che mantengano vivo l'aspetto umano e informale del supporto tra pari.

(Adams, 2020; Voronka, 2019; McLean, 2000)

Ingiustizia epistemica (cornice per leggere gli attriti)

Spesso le conoscenze degli ESP o degli utenti vengono considerate meno affidabili di quelle professionali. Questo riduce la possibilità di imparare dai vissuti e di migliorare i servizi. Creare spazi di confronto e co-scrittura aiuta a riconoscere il valore del sapere esperienziale e a renderlo parte delle decisioni.

(Fricker, 2007; Carel & Kidd, 2014; Dotson, 2012)

Dimensione relazionale e di ruolo

Riguarda la **vita quotidiana del team**, i confini professionali, la fiducia e le micro-interazioni che sostengono (o ostacolano) la collaborazione. L'ingresso di un ESP rende visibili le gerarchie implicite e le zone grigie fra "**paziente speciale**" o "**operatore anomalo**".

Elementi chiave

- Chiarezza di ruolo.
- Gestione di confini, riservatezza.
- Supervisione e formazione congiunta come dispositivi di riflessività.
- Prevenzione dell'isolamento ("unico ESP").
- Benessere e piani di supporto in caso di ricaduta.



Snodo critico

Se non si lavora bene sui confini del ruolo, l'ESP rischia di essere visto o come un utente "speciale" da proteggere, o come un operatore "diverso" da tenere ai margini.

Confini, limiti e liminalità

Chiarezza di ruolo

Ambiguità su compiti e linee di reporting alimenta conflitti di lealtà, stigma interno e "deriva" verso funzioni para-cliniche; policy condivise sono fattori chiave di riuscita e integrazione organizzativa.

(Byrne et al., 2021; Mutschler et al., 2022; Wall et al., 2022)

Riservatezza e accesso alle informazioni

È essenziale chiarire quali dati l'ESP può conoscere e condividere. Senza regole trasparenti su privacy e comunicazione interna, l'ESP rischia di trovarsi tra fiducia dell'utente e doveri verso l'équipe.

(Englander et al., 2020; Kauffmann et al., 2022; Byrne et al., 2021)

Liminalità e paternalismo del ruolo

L'ESP può essere accolto più per compassione che per reale riconoscimento professionale. Quando gli vengono affidati compiti marginali "per farlo sentire utile", l'inclusione diventa caritativa e non paritaria, rafforzando la distanza tra chi cura e chi è stato curato.

(Voronka, 2019; Adams, 2020; Wall et al., 2022)

Dimensione organizzativa e gestionale

Riguarda le strutture, le politiche e le decisioni istituzionali che rendono possibile (o impossibile) la partecipazione degli ESP. Un buon assetto organizzativo non riguarda solo contratti e retribuzioni, ma anche mandato, leadership e canali di influenza reale. **Senza un mandato esplicito, l'inclusione rischia di restare un atto simbolico.**

Elementi chiave

- Tokenismo e partecipazione sostanziale.
- Inquadramento contrattuale, retribuzioni e percorsi di carriera.
- Asimmetria formativa sul tema



Snodo critico

Quando l'ESP viene inserito e partecipa "per immagine", ma non incide sulle decisioni.

Tokenismo e asimmetrie struttura

01

Tokenismo / presenza strumentale

Il tokenismo è una forma di inclusione solo apparente: l'ESP viene mostrato come segno di cambiamento, ma resta senza reale voce o potere nei processi decisionali. Quando gli vengono affidati compiti marginali "per farlo sentire utile", l'inclusione diventa caritativa e mantiene le gerarchie tra chi cura e chi è stato curato.

(Voronka, 2019; Adams, 2020; Otte et al., 2020)

02

Carriere, inquadramenti ed eque retribuzioni

Inquadramenti bassi/eterogenei e assenza di progressione congelano lo status del ruolo e alimentano resistenze ("minaccia alla giurisdizione"); servono griglie trasparenti e percorsi di avanzamento.

(Otte et al., 2020; Byrne et al., 2021)

03

Asimmetria formativa: "solo l'ESP deve essere formato al ruolo"

Spesso si pensa che a doversi formare sia solo l'ESP, non l'équipe che lo accoglie. Ma se i professionisti non vengono preparati al senso, ai limiti e alle finalità del peer work, si crea uno squilibrio: l'ESP impara il linguaggio istituzionale, mentre il servizio non impara a dialogare con il sapere esperienziale. Questo genera fraintendimenti, sfiducia e inclusioni solo di facciata.

(Riferimenti: Byrne et al., 2021; Mutschler et al., 2022; Voronka, 2019)

Dimensione epistemica e valutativa

Riguarda il modo in cui il servizio definisce, riconosce e misura la conoscenza e il valore generato dal peer work. L'ESP introduce un sapere che non è clinico né tecnico, ma situato: per valorizzarlo serve ripensare indicatori, linguaggi e criteri di validità.

Elementi chiave

- Equilibrio tra standardizzazione e unicità del ruolo.
- Indicatori di esito coerenti con il peer work.



Snodo critico

Quando gli esiti vengono misurati solo con parametri clinici (astinenza, aderenza, drop-out, ricaduta), l'impatto del sapere esperienziale resta invisibile e quindi delegittimato.



Misurare l'invisibile

Standardizzazione vs unicità del ruolo (il caso Francia)

Tipizzare competenze favorisce legittimazione e finanziabilità, ma l'eccesso di standard rischia di appiattire l'unicità esperienziale: la tensione da considerare è tra formalizzazione e spontaneità.

(Laval, 2018; Adams, 2020)

Indicatori e valutazione coerenti col peer work

Se gli outcome misurati sono solo clinico-biomedici, l'impatto degli ESP resta invisibile; includere polifonia, agency, inclusività, collegamento tra livelli di cura e riduzione dello stigma.

(Mutschler et al, 2022; Adams, 2020)

Quale **funzione** dell'ESP ti sembra oggi più preziosa o utile per il tuo servizio, e quale **dimensione di criticità** (culturale, relazionale, organizzativa o epistemica) ritieni al momento più viva e bisognosa di essere affrontata?