

Trasformare la salute mentale attraverso l'esperienza vissuta dei pazienti

Roadmap per l'integrazione di
pazienti esperti nei servizi e nella
comunità



Per favorire la diffusione di questo modello di lavoro che tiene conto del contributo dei pazienti, esperti per esperienza, nelle politiche e nella costruzione di servizi di salute mentale il **Centro Studi di Ricerca "Cura e Comunità" per le Medical Humanities**, diretto dalla **Dr.ssa Mariateresa Dacquino** del **DAIRI (Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione)**, ha curato la traduzione italiana e spagnola di questo documento che ribadisce l'importanza del contributo della soggettività dei pazienti (e dei pazienti esperti) al processo di cura.

Le autrici della traduzione sono:

la **Dr.ssa Patrizia Santinon**, psicoanalista dell'International Psychoanalytical Association, psichiatra e psicoanalista dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Alessandria e Direttore Scientifico del Centro Studi per le Medical Humanities DAIRI AOU AL;

Maria Eugenia Salvatierra, psicologa, Universidad Nacional De Tucman, in tirocinio presso AOU AL;

la **Dr.ssa Mariasilvia Como**, comunicatore pubblico, Centro Studi per le Medical Humanities DAIRI AOU AL;

la **Dr.ssa Laura Polastri**, bibliotecario biomedico, Centro Studi per le Medical Humanities DAIRI AOU AL.

L'OMS non è responsabile del contenuto di questa traduzione.

Introduzione alla versione italiana

Curare con la verità: una riflessione psicoanalitica sulla Roadmap OMS

Nel 2025, l'Organizzazione Mondiale della Sanità propone una svolta radicale nell'approccio alla salute mentale: valorizzare l'esperienza vissuta come risorsa clinica, etica e politica. Non più solo testimoni del proprio dolore, ma figure attive della cura: donne e uomini che, attraversando in prima persona il disagio psichico, si fanno oggi agenti terapeutici e portatori di un sapere incarnato.

È un cambio di paradigma che rompe con la tradizione verticale della psichiatria classica e apre uno spazio nuovo, più umano, più autentico, più giusto. Un invito a trasformare i servizi di salute mentale riconoscendo la dignità del vissuto, il valore della fragilità, e il potenziale di chi ha imparato a sopravvivere.

Sfide concrete in un contesto italiano

L'Italia non è estranea a questa innovazione. Diversi progetti pilota ne hanno anticipato l'intento, ma non senza ostacoli. Le difficoltà organizzative, la scarsità di risorse, e la mancanza di percorsi formativi strutturati rendono ancora oggi fragile il ruolo dell'operatore per esperienza vissuta. Spesso si tratta di presenze simboliche, confinate ai margini delle équipes, senza reale potere decisionale.

A questo si aggiungono le resistenze culturali: da un lato, il timore che queste figure possano mettere in discussione l'autorità clinica; dall'altro, il rischio di idealizzare eccessivamente la loro esperienza, svuotandola di concretezza terapeutica.

Perché l'innovazione sia reale, servono investimenti politici, organizzativi e culturali. Servono formazione, supervisione, spazi di confronto. Servono équipes che sappiano accogliere, senza paura, la voce di chi parla a partire dalla propria ferita.

Una riflessione personale

Queste sono le riflessioni di Eugenia Salvatierra, psicologa che ha scelto di svolgere il suo tirocinio presso l'AOU, con lunga esperienza nei luoghi istituzionali dell'Argentina e ospite in Italia per conoscere il post – Basaglia nei servizi che pur investiti dalle istanze riformatrici della legge 180 e dal suo apparato riformatore vivono oggi la disfatta della psichiatria comunitaria: "Sono una psicologa ad orientamento psicoanalitico. La psicoanalisi che pratico non è un dialogo tra pari, né una narrazione empatica: è un luogo etico in cui si accoglie la verità del soggetto lì dove si manifesta – nel sintomo, nell'atto, nel lapsus – e non nei protocolli o nei manuali. L'analista non è colui che sa, ma chi sa

ascoltare dove nessuno ascolta. È una funzione, non un'identità. Una funzione che rende possibile al soggetto dire qualcosa di vero su di sé, senza dover rientrare in una norma. Quando ho letto la roadmap dell'OMS, ho sentito un'eco profonda. Il riconoscimento di chi ha sofferto come parte attiva del processo di cura non è una semplice scelta tecnica, ma un gesto simbolico dirompente. Significa affermare che il sapere può nascere anche dalla sopravvivenza, non solo dai libri. È un sapere reale, non teorico. È il sapere di chi è passato attraverso il dolore e ha saputo trasformarlo in parola.

L'esempio di Marsha Linehan è emblematico: la sua sofferenza fu liquidata in età adolescente come schizofrenia, fu sottoposta a terapia elettroconvulsivante. Solo in seguito maturò la comprensione della qualità del suo funzionamento psicotico di natura borderline.

Fu l'ideatrice della DBT ovvero della dialectical behavior therapy, una psicoterapia evidence-based per pazienti con BPD (disturbo di personalità borderline). Diventò nel 1989 Ordinaria di Psicologia e di psichiatria all'Università di Washington.

La fragilità come risorsa clinica

Chi ha toccato il fondo, se ha potuto nominarlo, può diventare testimone per chi ancora non ha parole. Non è debolezza: è risorsa. È possibilità di cura. Perché l'umano guarisce l'umano, e solo chi ha conosciuto la frattura può stare davvero accanto a chi vi si trova.

Basaglia ci ha insegnato che non esiste una distanza naturale tra chi cura e chi è curato. È l'istituzione, è la cultura, a creare gerarchie tra sano e malato. Anche la psicoanalisi — nella sua forma più radicale — rifiuta questa distanza: ogni soggetto ha il proprio sintomo, e ogni cura che dimentica questo diventa controllo.

Per una cura più vera

Il documento dell'OMS ci ricorda che la vera umanizzazione della salute mentale non passa dalla tecnologia, ma dalla soggettività. Dall'ascolto. Dalla verità. Se accompagnato con responsabilità, questo cambiamento può ridare senso alla cura come incontro, e al sintomo come linguaggio.

Come psicologa, sento il dovere etico di sostenere questa trasformazione. Non idealizzando la fragilità, ma riconoscendone il valore. Perché chi ha sofferto, se ha saputo dare un nome a quel dolore, può diventare agente di cambiamento. Non perché è più forte, ma perché sa cosa significa cadere. E, soprattutto, sa come restare accanto a chi cade — senza volerlo sollevare alla forza. In fondo, come ci ha ricordato Basaglia, "la libertà è terapeutica". E lo è anche la libertà di essere soggetti — non pazienti, non etichette — all'interno di una cura che non giudica, ma accoglie".

Maria Eugenia Salvatierra

Psicologa, Universidad Nacional De Tucuman, in tirocinio presso AOU AL

Il nostro contributo come Centro Studi Cura e Comunità per le Medical Humanities DAIRI

Il nostro contributo, come professionisti della salute mentale, come persone che lavorano in ambito ospedaliero e comunitario, così come come coloro che hanno sentito l'esigenza di creare un Centro di Cura e Comunità per le Medical Humanities, è quello di salvare l'eredità di Basaglia: un approccio al dolore mentale basato sul dialogo tra discipline che promuovono uno scambio equo:

- 1) quello di chi cura e di chi è curato con la partecipazione attiva e organizzata degli utenti con problemi di salute mentale che portano il contributo della loro soggettività al processo di cura;
- 2) quello farmacologico mirato e critico, coadiuvato da un lavoro paziente di sostegno relazionale e di accoglienza umana del dolore;
- 3) quello psicodinamico nelle sue varie forme (individuale, di gruppo, di coppia, di famiglia), il sapere di tradizione fenomenologica, sistemico-familiare e cognitivo-dialogico;
- 4) quello derivante dall'integrazione socioculturale nella comunità in cui si vive, che richiede una competenza specifica delle dinamiche psichiche e sociali della collettività, una grande sensibilità umana e una collaborazione costante con le istituzioni e con gli ambienti della cultura umanistica, della letteratura, del teatro, del cinema, dell'arte. Questi ambienti hanno una funzione preziosa nella costruzione della comunità, nella configurazione delle reti condivise di significazione dell'esperienza che creano un senso di identità aperto alla differenza e all'alterità, opposto alle logiche di esclusione neomanicomiali.

Pensiamo che questo possa realizzarsi come in passato è accaduto in altre sedi del DSM alla cui costituzione partecipammo come AOU AL.

Ho in mente il progetto "Oltre ai pazienti", voluto da Caterina Corbascio, impegnata come giovane dottoranda in neurologia nel superamento dei manicomi di Collegno e Grugliasco e poi direttrice dell'allora DSM interaziendale di ASL AL, ASL AT e AOU AL.

Nel 2016 cominciò la formazione di 12 pazienti della SC Salute Mentale Valle Belbo per l'acquisizione di competenze tecniche spendibili in futuri percorsi di inserimento lavorativo. Si concretizzò in un'azione contro lo stigma e il pregiudizio psichiatrico con un modello di riferimento, già sperimentato in Gran Bretagna (Times to Change: <http://www.time-to-change.org.uk/>).

L'obiettivo era quello di creare una redazione stabile composta da persone con esperienza di disagio mentale capaci di lavorare autonomamente per la creazione e il mantenimento di un nuovo dispositivo cross-mediale (radio, televisione e web) per la diffusione sui canali televisivi e radiofonici locali e nazionali contenuti e azioni di sensibilizzazione contro lo stigma psichiatrico.

Esisteva già nel DSM un gruppo di pazienti formati al lavoro di gruppo e alle tecniche di comunicazione in pubblico in virtù della precedente partecipazione al Progetto del Ministero della Salute "Valutazione della qualità dei Servizi di Salute mentale: un percorso di analisi condivisa con pazienti in qualità di valutatori" che ci vide capofila nel 2011 in collaborazione con Shulamit Ramon, professoressa di Social Inclusion and Wellbeing dell'Anglia Ruskin University di Cambridge.

Esercitare la memoria di ciò che è stato anche come esperienza in parte deludente apre alla possibilità di nuove avventure che si possono sostenere solo insieme a partire da una speranza radicale.

Patrizia Santinon

Psichiatra, Psicoanalista International Psychoanalytical Association (IPA), psichiatra e psicoanalista della Psichiatria AOU AL e Direttore Scientifico del Centro Studi per le Medical Humanities DAIRI.

Abstract

L'integrazione di pazienti esperti (per esperienza vissuta di malattia) nei sistemi sanitari e sociali è cruciale per realizzare un'assistenza psichiatrica orientata alla recovery. Tali professionisti, pazienti che oltre all'esperienza specifica di malattia possiedono conoscenze tecniche nei processi di ricerca e normativi, acquisiti attraverso formazione specifica ed esperienza, sono testimoni di un nuovo modello orientato alla recovery e colmano i divari tra le strutture sanitarie tradizionali e gli utenti dei servizi, umanizzando e promuovendo l'inclusività dei servizi stessi.

Questa roadmap, co-creata nell'ambito della collaborazione dell'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa con la Commissione Europea nell'ambito del progetto "Affrontare le sfide della salute mentale nell'Unione Europea, Islanda e Norvegia", fornisce un quadro strutturato per integrare l'expertise basata sull'esperienza vissuta/in atto nei sistemi e nella forza lavoro della salute mentale attraverso sei azioni essenziali. Vengono presentati casi di studio provenienti da diversi paesi europei per illustrare queste azioni nella pratica clinica. La roadmap è destinata all'uso da parte di governi, decisori politici in materia di salute mentale, fornitori di servizi, persone che usufruiscono dei servizi, operatori con esperienza vissuta/in atto e sostenitori.

Parole chiave

SALUTE MENTALE, SERVIZI DI SALUTE MENTALE, RECUPERO, OPERATORI SANITARI, DIRITTI UMANI, SPERANZA, POLICY

Numero del documento: WHO/EURO:2025-12307-52079-79927 (PDF)

Organizzazione Mondiale della Sanità 2025

Alcuni diritti riservati.

Questo lavoro è disponibile sotto la licenza Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO

(CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Questa traduzione non è stata curata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

L'OMS non è responsabile del contenuto o dell'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale inglese è l'edizione vincolante e autentica: Transforming mental health through lived experience: roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025 <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Dati di catalogazione in pubblicazione (CIP). I dati CIP sono disponibili all'indirizzo: <http://apps.who.int/iris>. 35

Vendite, diritti e licenze.

Per acquistare pubblicazioni dell'OMS, vedere <http://apps.who.int/bookorders>.

Per inviare richieste di uso commerciale e quesiti su diritti e licenze, vedere: <https://www.who.int/about/policies/publishing/copyright>

Esclusioni di responsabilità generali.

Le designazioni impiegate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte dell'OMS riguardo allo status legale di qualsiasi paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o riguardo alla delimitazione delle sue frontiere o confini. Le linee punteggiate e tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora pieno accordo. La menzione di aziende specifiche o di determinati prodotti di produttori non implica che siano approvati o raccomandati dall'OMS a preferenza di altri di natura simile non menzionati. Salvo errori ed omissioni, i nomi dei prodotti proprietari sono distinti da lettere maiuscole iniziali. Tutte le precauzioni ragionevoli sono state prese dall'OMS per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza garanzie di alcun tipo, espresse o implicite. La responsabilità dell'interpretazione e dell'uso del materiale ricade sul lettore. In nessun caso l'OMS sarà responsabile per danni derivanti dal suo utilizzo.

Trasformare la salute mentale attraverso l'esperienza vissuta dei pazienti

Roadmap per l'integrazione di
pazienti esperti nei servizi e nella
comunità

Indice

Ringraziamenti	iii
Glossario	v
Sintesi esecutiva	vii
Guida rapida	viii
Contesto	1
Definizione di pazienti esperti (professionisti con esperienza vissuta/in atto)	4
Come è stata co-creata questa roadmap	7
Azioni della roadmap	9
Azione 1. Rafforzare la policy	9
Azione 2. Sostenere la costruzione di servizi inclusivi con pazienti esperti	11
Azione 3. Promuovere la co-creazione, la collaborazione e l'integrazione	14
Azione 4. Standardizzare la formazione e la certificazione	16
Azione 5. Migliorare la supervisione e il supporto	19
Azione 6: Espandere l'accesso attraverso strumenti accessibili e digitali	21
Conclusione	22
Referenze	26
Allegato: strumenti e linee guida dell'OMS sulla salute mentale	33
Strumenti di formazione e orientamento sui diritti di qualità dell'OMS	33
Linee guida e pacchetti tecnici dell'OMS sui servizi di salute mentale della comunità	34
Strumenti di qualità dell'OMS per la valutazione e la trasformazione dei servizi e la promozione dei diritti	34
Linee guida dell'OMS per la riforma delle politiche, della pianificazione e della legislazione	34
Kit di strumenti Mosaic dell'OMS per porre fine allo stigma e alla discriminazione nella salute mentale	35
La Dichiarazione di Heiloo: leadership tra pari e vissuta	35

Ringraziamenti

Questa roadmap è il prodotto della co-creazione, tenendo a mente i principi di equità, rispetto, inclusione e condivisione del potere. Tutte le decisioni sul contenuto e la struttura della roadmap sono state prese collettivamente dai membri della task force di implementazione, che includeva esperti per professione ed esperti per esperienza vissuta. I membri della task force hanno anche contribuito a organizzare e facilitare consultazioni di persona e online sulla roadmap, e hanno commentato ogni bozza.

La task force di implementazione includeva: Flóris Roland Balta (esperto con esperienza in atto, Ungheria); Ronda Barron (ricercatore senior, Irlanda); Elona Bokshi e Claudia Marinetti (Mental Health Europe, Bruxelles); Catherine Brogan (Catherine Brogan Consultancy, Irlanda); Inge Esselen (Peer Support Flanders, Belgio); Siobhán Hargis e Michael Ryan (Department of Health, Irlanda), Greta Klidziūtė e Karile Levickaitė (Mental Health Perspectives, Lituania); Caroline Lyle (Irrsinnig Menschlich e. V., Germania); Jason Maurer e Melita Murko (WHO Regional Office for Europe); Ferran Blanco Ros (Fundació Support-Girona, Spagna); Sean Russell (Global Leadership Exchange); Juliana Vinograschi (esperto con esperienza vissuta/in atto, Romania); Andrej Vršanský (League for Mental Health, Slovacchia).

L'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa desidera ringraziare Mental Health Europe per il coordinamento e la selezione dei membri della task force, e il Dipartimento della Salute e l'Health Service Executive in Irlanda per il loro generoso supporto. L'organizzazione filantropica Genio (Irlanda) è ringraziata per il suo supporto contrattuale al ricercatore senior. Catherine Brogan (responsabile operativo e project manager) e Michael Ryan (presidente della task force) hanno diretto il progetto. Ronda Barron ha ricoperto il ruolo di ricercatore senior, sviluppando la metodologia di ricerca e mappatura, scrivendo la prima bozza della roadmap e incorporando il feedback dei membri della task force e dei partecipanti alle consultazioni nelle bozze successive. Sarah McEntire ha ricoperto il ruolo di assistente di ricerca, scrivendo sezioni e compilando casi di studio.

Elona Bokshi e Claudia Marinetti hanno co-organizzato consultazioni di persona e online con i paesi partecipanti per affinare il contenuto della roadmap. Jason Maurer e Melita Murko hanno scritto sezioni del documento e ne hanno assicurato l'aderenza ai risultati del progetto, sotto la guida tecnica di Natasha Azzopardi-Muscat e Ledia Lazëri, Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa. Durante le consultazioni di persona e online su questa roadmap, i seguenti partecipanti hanno rivisto criticamente il testo: Grímur Altasson (Geðhjálp/Icelandic Mental Health Alliance, Islanda); Phillipe Alameda (Esper Pro, Francia); Lisa Androulidakis (Habitus Collective, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord; Awakenings Foundation, Ungheria); Nawira Baif (Institute of Mental Health, Singapore); Cassandra Barkman (Altrecht, Paesi Bassi (Regno dei)); Marijana Bavčević (Psychiatric Clinic Vrapče, Croazia); Jessica Curtis (Genio, Irlanda); Dominique de Marné (Mental Health Crowd, Germania); Barbara D'Avanzo (Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Italia); Julia Doubravszky (Ébredések Alapítvány Budapest, Ungheria; Awakenings Foundation, Ungheria); Freya Duriez-McIntosh (Duriez-McIntosh, Francia); Angeliki Giantselidou (Society of Social Psychiatry P. Sakellaropoulos, Grecia); Raluca Hagianu (Support and Rights in Mental Health Association, Romania); Ana Luiza Hannotte (Mental Health Europe, Belgio); Monica Maretti (Recovery College Bologna, Italia); Núria Martínez Barderi e Oriol Ruiz Serrano (Fundació Drissa, Spagna); Dagmar Narusson (Università di Tartu, Estonia); Riika Nieminen (KoKoA - Koulutetut ry, Finlandia); José Alberto Orsi (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Pessoas com Esquizofrenia, Brasile); Arnaud Poitevin (Esper Pro, Francia); Dion Ras (Global Mental Health Action Network); Julie Repper (Imroc, Regno Unito); Vlatka Rocic Petak (Ludruga Association, Croazia); Haris Shekeris (expertise basata sull'esperienza vissuta/in atto, Cipro); Beverley Rose (User Research Centre, Paesi Bassi (Regno dei)); Andreja Stepec (Associazione Slovena per la Salute Mentale - ŠENT); Marie Strifeldt (Erfaringsentrum, Associazione Nazionale per il Supporto tra Pari, Norvegia); Roger Tan Boon Meng (Institute of Mental Health, Singapore); Jochen Van den Steen (Psychiatric Centre Ghent - Sleidinge, Belgio); Dieuwke van Diepen (GGZ Noord-Holland Noord, Paesi Bassi (Regno dei)); Marina Vidović (Association Phoenix Split, Croazia); Petr Winkler (National Institute of Mental Health, Cechia); e Viola Zboray-Szabó (Awakenings Foundation, Ungheria). Questa pubblicazione è stata finanziata dall'Unione Europea. Il suo contenuto è di esclusiva responsabilità dell'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa e non riflette necessariamente le opinioni dell'Unione Europea.

Finanziato dall'Unione Europea.

Glossario

Questo glossario integra definizioni fondamentali allineate con il Glossario di Mental Health Europe (1) e i principi della roadmap. Il suo scopo è fornire chiarezza e promuovere una comprensione condivisa tra le diverse parti interessate.

Autenticità	L'autenticità è la qualità di essere genuini, trasparenti e fedeli a sé stessi, riflessa nella capacità dei pazienti esperti di condividere le proprie storie, esperienze e intuizioni senza compromettere la propria individualità. L'autenticità è fondamentale per costruire fiducia, favorire connessioni e modellare il recupero nei sistemi di salute mentale.
Gestione dei confini	Questa è la pratica di stabilire e mantenere confini chiari nelle relazioni professionali, specialmente nei ruoli di supporto tra pari.
Prevenzione del burnout	La prevenzione del burnout si riferisce a strategie e pratiche volte a ridurre l'esaurimento emotivo, fisico e mentale causato da stress prolungato o ambienti di lavoro impegnativi.
Co-creazione	La co-creazione è un approccio collaborativo in cui le parti interessate – inclusi individui con esperienza vissuta, decisori politici, fornitori di servizi e comunità – lavorano insieme su un piano di parità per progettare, implementare e valutare le politiche e i servizi di salute mentale. È radicata nell'inclusività, nel rispetto e nella condivisione del potere per garantire che i risultati riflettano le diverse esigenze.
Assistenza basata sulla comunità	L'assistenza basata sulla comunità include una gamma di servizi che consentono agli individui di vivere e prosperare nelle loro comunità piuttosto che in istituzioni. Questo modello promuove l'inclusione sociale, l'autonomia e l'accesso ai servizi tradizionali come alloggio, assistenza sanitaria e istruzione.
Doppia identità	Il concetto di doppia identità si riferisce alla combinazione di esperienza personale e responsabilità professionali dei pazienti con esperienza vissuta.
Esperti per esperienza	Gli esperti per esperienza sono individui con esperienza vissuta di problemi di salute mentale che hanno acquisito expertise attraverso l'advocacy, ruoli di supporto tra pari o contributi alle politiche. Il loro contributo garantisce che i sistemi e i servizi siano informati da intuizioni di prima mano.
Barriere gerarchiche	Le barriere gerarchiche sono strutture o norme nelle organizzazioni che mantengono uno squilibrio di potere tra diversi ruoli, spesso limitando la comunicazione aperta e la collaborazione.

Esperienza vissuta/in atto	Nei sistemi di salute mentale, l'esperienza vissuta/in atto si riferisce all'esperienza personale di sfide emotive e cognitive che possono o meno aver portato a incontri con i servizi di salute mentale. È l'apprendimento che deriva da queste esperienze: come ci si sente; cosa aiuta e cosa ostacola; cosa avrebbe potuto essere fatto meglio; e cosa era assente. Queste esperienze costituiscono la saggezza derivante dall'avversità che può portare un'expertise distinta e complementare alla progettazione, erogazione, politiche, pratica e forza lavoro dei servizi di salute mentale. Essa evidenzia l'expertise derivata da queste esperienze, enfatizzando il loro valore nel plasmare sistemi e politiche orientati al recupero.
Mutualità	In un contesto di supporto tra pari, la mutualità si riferisce alla relazione reciproca e non gerarchica tra gli operatori di supporto tra pari e coloro che supportano, dove entrambi gli individui sono visti come ugualmente preziosi e contribuiscono al processo.
Sviluppo delle capacità organizzative	Lo sviluppo delle capacità organizzative si riferisce al processo di miglioramento della capacità di un'organizzazione di raggiungere i propri obiettivi migliorando competenze, risorse e supporto infrastrutturale.
Supporto tra pari	Il supporto tra pari si riferisce al supporto reciproco offerto da individui che hanno esperienze di lotte e sfide simili. Insieme sono in grado di generare un senso di possibilità/speranza; sviluppare soluzioni condivise; e fornire supporto pratico, sociale ed emotivo. Il supporto tra pari favorisce la fiducia e la comprensione condivisa, e può avvenire informalmente o attraverso ruoli strutturati come quelli dei professionisti con esperienza vissuta/in atto.
Recupero	Il recupero è un processo auto-definito e personale di costruzione di una vita significativa, anche con problemi di salute mentale in corso. Sottolinea la speranza, l'autonomia e il perseguimento di obiettivi individuali, divergendo dal recupero clinico focalizzato unicamente sulla riduzione dei sintomi.
Ambiguità di ruolo	L'ambiguità di ruolo si riferisce all'incertezza riguardo alle responsabilità e alle aspettative lavorative, che può portare a confusione sul posto di lavoro.
Utente dei servizi	Un utente dei servizi è un individuo che attualmente accede ai servizi di salute mentale. Il termine sposta l'attenzione da identità cliniche o passive alla partecipazione attiva nella progettazione dei servizi e nel processo decisionale.
Cura che tiene conto del trauma	La cura che tiene conto del trauma (anche correlato a pratiche coercitive) è un approccio all'erogazione dei servizi che riconosce l'esistenza di contesti situazionali e relazionali con caratteristiche traumatiche, passate e/o attuali, che possono determinare risposte ritraumatizzanti. L'approccio riconosce l'impatto del trauma; enfatizza la

sicurezza fisica, psicologica ed emotiva, e promuove un ambiente che favorisce il recupero e l'empowerment. Incorpora una comprensione della prevalenza del trauma e dei suoi effetti sugli individui, che può essere utilizzata in tutti gli aspetti della vita, non solo all'interno dei sistemi di salute mentale.

Riferimento

Mental health: the power of language. Brussels: Mental Health Europe; 2024 (<https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2025/02/Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf>, accessed on 12 May 2025).

Sintesi esecutiva

L'esperienza vissuta di malattia può apportare un'expertise specifica e complementare alla progettazione, erogazione, politica e pratica dei servizi di salute mentale e ai gruppi di lavoro dei Dipartimenti di Salute Mentale. L'integrazione di pazienti esperti nei sistemi sanitari e sociali è cruciale per realizzare un'assistenza psichiatrica orientata alla recovery.

I pazienti esperti colmano i divari tra le strutture sanitarie tradizionali e gli utenti dei servizi, umanizzando e promuovendo l'inclusività dei servizi.

Questa roadmap, co-creata nell'ambito della collaborazione dell'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa con la Commissione Europea nell'ambito del progetto "Affrontare le sfide della salute mentale nell'Unione Europea, Islanda e Norvegia", fornisce un quadro strutturato per integrare l'expertise basata sull'esperienza vissuta di malattia nei sistemi di salute mentale. Il suo obiettivo è quello di mettere i paesi in condizione di superare l'inclusione simbolica e di muoversi verso la co-creazione di servizi di salute mentale, pur riconoscendo le sfide sistemiche dell'integrazione di questi ruoli – incluse la resistenza del personale tradizionale, i vincoli politici e le incongruenze di finanziamento.

La strategia della roadmap è strutturata in sei azioni:

- 1.** Rafforzare la politica nazionale, promuovendo l'inclusione dei pazienti esperti (per esperienza) all'interno delle politiche e strategie nazionali di salute mentale, garantendo l'allineamento con i principi orientati alla recovery.
- 2.** Aumentare la capacità di prontezza organizzativa, rafforzando i sistemi e la cultura organizzativi per supportare l'efficace integrazione dei pazienti esperti nei team multidisciplinari e nei più ampi sistemi di salute mentale, garantendo

l'allineamento con i principi orientati alla recovery.

- 3.** Promuovere la co-creazione, la collaborazione e l'integrazione, incorporando i principi di co-creazione nella progettazione, erogazione e valutazione dei servizi di salute mentale per garantire che l'esperienza vissuta e altre forme di expertise contribuiscano a migliorare i sistemi di cura.

- 4.** Standardizzare la formazione e la certificazione, co-creando e implementando programmi standardizzati di formazione e certificazione per pazienti esperti che garantiscano coerenza, professionalità, fedeltà ai principi dell'esperienza vissuta e pratica orientata alla recovery.

- 5.** Migliorare la supervisione e il supporto, stabilendo modelli di supervisione clinica/pratica riflessivi e basati sui punti di forza per fornire ai pazienti esperti il supporto necessario per gestire le sfide emotive e orientarsi nelle aspettative professionali, mantenendo al contempo le migliori pratiche e la fedeltà all'etica dell'esperto per esperienza.

- 6.** Ampliare la possibilità di accesso anche attraverso strumenti digitali per il coinvolgimento di pazienti esperti che abitano le aree remote e scarsamente servite. Comprendere il potenziale trasformativo del contributo dei pazienti esperti nella creazione di servizi orientati alla recovery è fondamentale per immaginare un futuro in cui i sistemi di salute mentale siano accessibili a tutti.

Guida rapida

Lo scopo di questa tabella di marcia

Questa roadmap fornisce un quadro strutturato per integrare l'expertise degli "esperti per esperienza" nei sistemi di salute mentale e nelle équipes multidisciplinari dei servizi stessi.

Sottolinea il valore dell'esperienza personale nella creazione di sistemi di salute mentale più inclusivi, impegnati ed efficaci. La roadmap offre passi attuabili per riconoscere e incorporare le esperienze vissute dai pazienti come componente centrale della politica sanitaria, della pratica e della cultura dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Perché è necessaria questa roadmap?

L'OMS ha promosso il valore dell'esperienza vissuta dai pazienti nei sistemi di salute mentale per decenni. Tuttavia, l'inclusione dell'esperienza vissuta è spesso solo apparente e frequentemente priva di sostenibilità. Questa roadmap mira a correggere il contributo frammentario e spesso solo di superficie nella Regione Europea dell'OMS offrendo un insieme di azioni essenziali che supportano un approccio standardizzato all'integrazione di persone con esperienza vissuta di malattia nei sistemi di salute mentale. La Commissione Europea è da tempo una sostenitrice di questo approccio, e questo lavoro è stato reso possibile grazie alla collaborazione della Commissione con l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa nell'ambito del progetto "Affrontare le sfide della salute mentale nell'Unione Europea, Islanda e Norvegia".

Lo scopo di questa tabella di marcia

La roadmap è destinata all'uso da parte di governi, decisori politici in materia di salute mentale, enti a vario titolo erogatori di servizi, pazienti e familiari che usufruiscono dei servizi, pazienti esperti

e attivisti. È particolarmente rilevante per le organizzazioni che stanno passando a modelli di assistenza orientati alla recovery e per quelle che cercano di integrare i pazienti esperti nei loro servizi. Fornisce inoltre linee guida per le istituzioni di formazione, associazioni e enti coinvolti nella riorganizzazione della salute mentale

Come utilizzare questa roadmap

Questa roadmap delinea azioni essenziali per includere l'esperienza vissuta in una grande varietà di ruoli professionali all'interno dei sistemi di salute mentale. Offre un approccio flessibile e basato sulle migliori pratiche in cui le azioni dovrebbero essere messe in atto in base al punto di partenza e alle esigenze dell'utente. Può anche essere utilizzata per promuovere la trasformazione della politica sanitaria, della pratica e della cultura all'interno dei contesti locali e nazionali. Sottolinea un approccio collaborativo, incoraggiando la co-creazione/co-produzione tra le parti interessate, inclusi i pazienti, i clinici e le organizzazioni comunitarie. La roadmap stabilisce anche azioni per favorire l'inclusione e promuovere quadri sostenibili d'intervento per i pazienti esperti. All'interno di ciascuna area d'azione si trovano diversi casi studio nazionali che mostrano l'applicazione dei "sei passi" nella pratica quotidiana.

Contesto

L'evoluzione dell'esperienza di malattia nella prevenzione e cura della salute mentale è profondamente radicata nei movimenti per i diritti umani e l'equità che enfatizzano la dignità, l'autodeterminazione e l'accesso a un'assistenza di alta qualità. La recovery è stata descritta come il nuovo paradigma mondiale del XXI secolo nei sistemi di salute mentale, e vi è un crescente riconoscimento che la trasformazione dei sistemi di salute mentale verso una prospettiva di recupero richiede la collaborazione tra tutte le parti interessate (1). La recovery può essere definita in diversi modi. Mental Health Europe la definisce come un processo personale volto a condurre una vita significativa, indipendentemente dai sintomi (2). La descrizione della recovery di Anthony (3) è **frequentemente utilizzata nella letteratura come un processo profondamente personale e unico di cambiamento dei propri atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, capacità e/o ruoli. È un modo di vivere una vita soddisfacente, piena di speranza anche con le limitazioni causate dalla malattia. La recovery implica lo sviluppo di un nuovo significato e scopo nella propria vita oltre gli effetti catastrofici della malattia mentale.**

Secondo i moduli di formazione WHO QualityRights, il significato di recovery può essere diverso per ogni persona. Per molte persone consiste nel riacquistare il controllo della propria identità e vita, avere speranza per la propria vita e vivere una vita che abbia un significato personale attraverso il lavoro, le relazioni, l'impegno nella comunità, la spiritualità o tutti questi aspetti insieme (4). Questo concetto di recovery nella salute mentale differisce da quello di guarigione clinica, che si concentra sull'alleviare i sintomi e ripristinare i livelli precedenti di funzionamento. Il recupero personale riguarda la gestione dei problemi di salute

mentale e il raggiungimento di una vita appagante come definita dall'individuo.

Tuttavia, le interconnessioni tra la salute, la stabilità economica, l'interazione sociale, le questioni dell'abitare, le relazioni personali e i sistemi di supporto nel determinare gli esiti della salute mentale non dovrebbero essere trascurate. (5). La recovery può quindi essere considerata un termine ombrello che comprende la gamma di elementi che contribuiscono al benessere di una persona. Le associazioni di pazienti e familiari hanno svolto un ruolo fondamentale nel promuovere l'inclusione dell'esperienza vissuta nei sistemi di cura della salute mentale, dove l'equità è un principio guida chiave. Basati sull'esperienza condivisa e sulla mutualità, gli interventi basati sull'esperienza vissuta, come il lavoro di supporto tra pari, si sono dimostrati efficaci nel creare percorsi di assistenza culturalmente rilevanti e accessibili per coloro che sono spesso esclusi dai sistemi tradizionali (6,7). L'evidenza evidenzia anche che il ruolo stesso di paziente esperto contribuisce significativamente alla recovery personale e allo sviluppo identitario (8). L'integrazione di pazienti esperti ha favorito i cambiamenti culturali all'interno delle organizzazioni, rendendo i sistemi di salute mentale più inclusivi ed equi (9,10). Il ruolo dell'esperienza vissuta è cruciale nel promuovere un'assistenza alla salute mentale equa e dovrebbe essere evidenziato ai decisori politici e alle parti interessate (11). I quadri internazionali dei diritti umani hanno ulteriormente rafforzato l'importanza dell'esperienza vissuta. Esperienza di vita nei sistemi di salute mentale.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (12) enfatizza il diritto degli individui con disabilità – inclusa quella correlabile a questioni di salute mentale – a partecipare alle decisioni che influenzano le loro vite e ad accedere a un supporto che promuova l'indipendenza e l'inclusione nella società. I pazienti esperti contribuiscono a sostenere questi diritti:

- promuovendo l'autonomia: dando potere agli individui di definire i propri percorsi di recovery;
- riducendo lo stigma e la discriminazione: sfidando la discriminazione sociale e sistemica attraverso l'esperienza vissuta condivisa;
- migliorando l'accessibilità: affrontando le barriere che colpiscono in modo specifico i gruppi emarginati come la lingua, la cultura e lo stato socioeconomico (11); e ispirando speranza: informando la recovery, che trasmette prospettive di cambiamento ispira in tutti coloro i quali affrontano sfide di salute mentale, agendo in tal senso come un catalizzatore di recupero (13).

Dall'adozione della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, l'OMS ha lavorato continuamente per supportare i paesi nella sua implementazione. L'iniziativa WHO Quality Rights è stata la spina dorsale di questi sforzi, mirando a costruire strategie di coping per combattere lo stigma e la discriminazione e a promuovere servizi basati sulla persona e attenti ai contesti di comunità, che rispettino e sostengano i diritti umani, promuovendo le migliori pratiche e politiche sanitarie. Fondamentale per rendere questi servizi efficaci, utili e accettabili per le persone è la creazione di una cultura del servizio che abbracci l'esperienza vissuta come essenziale per un'assistenza alla salute mentale centrata sulla persona, basata sui diritti e orientata alla recovery. Ad oggi, l'iniziativa WHO Quality Rights ha prodotto ampi materiali di formazione e guida per facilitare questi sforzi (4) (Box 1).

Box 1. L'iniziativa WHO QualityRights

L'iniziativa WHO QualityRights mira ad affrontare le violazioni e le discriminazioni estese e diffuse subite dalle persone con condizioni di salute mentale in tutto il mondo. Nell'ambito dell'iniziativa, l'OMS ha sviluppato un pacchetto completo di materiali di formazione e guida (4) per costruire strategie di coping e conoscenza su come implementare un approccio basato sui diritti umani e sulla recovery nella salute mentale, basato sulla Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità e altri standard internazionali sui diritti umani. I destinatari di questi materiali sono gli operatori della salute mentale; persone con disabilità psicosociali, intellettive e cognitive; persone che usufruiscono dei servizi di salute mentale, le loro famiglie, i partner di cura e altri sostenitori e i; organizzazioni non governative; associazioni di persone con disabilità. L'iniziativa WHO QualityRights è tesa a cambiare mentalità e pratiche in modo sostenibile e a dare potere a tutte le parti interessate per promuovere i diritti e la recovery al fine di migliorare la vita delle persone con disabilità psicosociali, intellettive o cognitive.

L'assistenza orientata alla recovery è un principio chiave della pratica basata sull'esperienza vissuta, che enfatizza l'autodeterminazione, la speranza e l'empowerment personale rispetto alla gestione dei sintomi clinici. Riconosce la recovery come un percorso unico plasmato da valori individuali (11). L'empowerment e l'aiuto reciproco sono centrali per i pazienti esperti favorendo relazioni in cui tutti i soggetti coinvolti acquisiscono intuizioni, suggestioni e relazioni (14,15). L'esperienza vissuta come expertise sfida anche le gerarchie di conoscenza tradizionali, evidenziando l'importanza delle prospettive di coloro che hanno affrontato problemi di salute mentale (6).

I pazienti esperti utilizzano questa expertise per migliorare la comprensione delle esperienze delle persone che usufruiscono dei servizi, delle pratiche, relazioni e culture che sostengono lo squilibrio di potere perpetuando la sfiducia e l'impotenza; imponendo limitazioni e mancanza di opportunità; mantenendo l'attenzione sulla disabilità e sulla disfunzione piuttosto che sui punti di forza e le risorse.

Attingendo alle proprie esperienze di recupero, i pazienti nel ruolo di esperti per esperienza possono normalizzare i percorsi individuali, abbattere le barriere gerarchiche e incoraggiare conversazioni aperte che promuovono la recovery e - soprattutto - introducono la speranza che una qualche forma di recupero "alla vita" sia possibile. ruolo dei pazienti esperti per esperienza richiede per essere valorizzato di un contesto in cui l'equità e i diritti umani siano protetti e realizzati. Tuttavia, questo varia considerevolmente da paese a paese e da regione. Vi è anche variabilità all'interno dei paesi e tra i gruppi demografici (16). I gruppi emarginati - inclusi migranti e rifugiati, persone delle comunità LGBTQI+, persone con disabilità,

persone provenienti da gruppi etnici e razziali minoritari e persone con alloggi instabili o senzatetto -affrontano barriere aggiuntive che richiedono interventi mirati.

I pazienti esperti possono trasformare i sistemi di salute mentale, ma sono necessari sforzi continui per garantire che tutti ne beneficino.

Definizione di pazienti esperti:

La definizione può differire in base al contesto, alle aspettative del ruolo di paziente esperto- paziente ricercatore e al livello di coinvolgimento. La Tabella 1 fornisce un'istantanea della terminologia trovata nella letteratura per illustrare tali variabili nei diversi sistemi di salute mentale. Riconoscere la diversità dei ruoli consente alle organizzazioni e ai decisori

politici di creare quadri che supportino la collaborazione mantenendo la chiarezza dei ruoli (17). Tuttavia, per facilitare e per una comprensione comune del linguaggio, questa roadmap utilizza il termine "professionista con esperienza vissuta" per cogliere l'ampiezza e la diversità dei ruoli.

Tavola 1. Diversi ruoli basati sull'esperienza vissuta e le loro applicazioni nei sistemi di salute mentale

Ruolo	Applicazione	Fonte
Operatore esperto nel coinvolgimento	Professionista formalizzato con esperienza vissuta/in atto	Hegedüs et al. (18)
Consulente tra pari	Consulente sulla progettazione dei servizi	Balková (14)
Specialista del recupero	Professionista che offre assistenza orientata al recupero	Tate et al. (19)
Fornitore-consumatore	Professionista con esperienza vissuta/in atto	Hamilton et al. (20)
Supporto tra pari	Professionista con esperienza vissuta/in atto	Kane et al. (21)
Mentore tra pari	Professionista con esperienza vissuta/in atto; spesso utilizzato nel recupero dalle dipendenze	Kowalski (22)
Professionista con esperienza vissuta/in atto	Professionista con expertise nel recupero	Owen et al. (23)
Specialista di pari o del recupero in salute mentale	Professionista con esperienza vissuta di problemi di salute mentale e/o abuso di sostanze	Tate et al. (19)
Operatore di supporto tra pari	Professionista con esperienza vissuta/in atto	Erasmus+ project to create Europe-wide working standards for peer support workers (24)
Coordinatore del recupero	Professionista dell'esperienza vissuta /viva con responsabilità organizzative	Ireland's Mental Health Engagement Framework 2024–2028 (25)
Esperto per esperienza	Professionista dell'educazione alla salute mentale o dell'erogazione di servizi	Happell et al. (26)

Nei sistemi di salute mentale, "peer supporter", "peer worker" e "peer educator" sono talvolta usati in modo intercambiabile come esempi di professionisti con esperienza vissuta. Tuttavia, questi termini rappresentano diverse applicazioni e aspetti di questi ruoli, che è importante comprendere. Essi evidenziano diverse applicazioni dell'esperienza vissuta attraverso le loro responsabilità, competenze e contributi 3; tuttavia, tutti sono sostenuti dagli stessi principi e valori. In alcuni casi, questi ruoli non si escludono a vicenda (10,23).

I **"peer supporter"** offrono connessione emotiva, speranza, supporto ed esperienze condivise agli individui che affrontano problemi di salute mentale. Questo ruolo può essere informale o formale, e si concentra sulla costruzione della fiducia attraverso l'empatia e la comprensione reciproca piuttosto che su interventi strutturati. I "peer supporter" forniscono supporto emotivo e personale fondato su esperienze condivise e relazioni reciproche di mutuo aiuto, dove la comprensione e l'apprendimento possono essere migliorati; si possono costruire insieme soluzioni; e l'autoefficacia, la fiducia e la speranza possono essere accresciute (7,16). Il supporto tra pari è applicabile, e dovrebbe essere incoraggiato, anche in contesti non di salute mentale.

Gli **"operatori di supporto tra pari"** applicano l'esperienza vissuta all'interno dei sistemi sanitari spesso come parte di équipe multidisciplinari. Attraverso la loro presenza, fungono da modello vivente di recovery e offrono un maggiore senso di speranza e comprensione del potenziale di recupero per l'individuo. Svolgono anche compiti strutturati come facilitare workshop incentrati sul recupero, assistere nella pianificazione dell'assistenza e promuovere il coinvolgimento degli utenti dei servizi. Il loro ruolo include la conoscenza delle politiche organizzative, l'adesione a quadri etici e la partecipazione

a programmi di supervisione e formazione (14,15). Pur attingendo alla loro esperienza vissuta, gli operatori di supporto tra pari hanno anche responsabilità professionali, inclusa la gestione dei confini e il rispetto degli standard di performance (27). In molti casi, gli operatori di supporto tra pari contribuiscono anche con una prospettiva di esperienza vissuta alla pianificazione, all'erogazione e alla valutazione dei servizi, lavorando in partnership di pari valore con altri membri del team per co-creare decisioni che riflettano conversazioni generative e inclusive tra professionisti e persone con esperienza vissuta/in atto.

Gli **"educatori tra pari"** fungono da ponte tra le persone che usufruiscono dei servizi e le iniziative di condivisione delle conoscenze. Facilitano l'apprendimento condiviso, co-creano e co-facilitano programmi di educazione al recupero e promuovono la consapevolezza sulla salute mentale in vari contesti. Usano la loro esperienza vissuta per rendere i concetti teorici più pertinenti, lavorando in scuole, luoghi di lavoro o organizzazioni sanitarie per promuovere la salute mentale, ridurre lo stigma e costruire strategie di coping (11). L'educazione alla recovery si basa sui principi dell'educazione degli adulti. Questi educatori tra pari facilitano l'apprendimento e la crescita legati alla recovery offrendo spazi sicuri per riflettere ed esplorare cosa possa significare il recupero a livello individuale e il ruolo dell'individuo in esso. La condivisione delle conoscenze e i programmi psicoeducativi possono far parte dell'educazione alla recovery (7).

I professionisti con esperienza vissuta nel loro complesso apportano contributi specifici ai sistemi di assistenza alla salute mentale, tra cui i seguenti:

Condividendo le loro storie di riabilitazione e l'esperienza vissuta, i professionisti riducono lo stigma smantellando gli stereotipi sulle condizioni di salute mentale e promuovendo l'accettazione e l'inclusione all'interno delle comunità e delle organizzazioni (1,28,29).

I professionisti con esperienza vissuta migliorano il coinvolgimento, favorendo la fiducia e incoraggiando gli individui a cercare e mantenere il coinvolgimento nei servizi di salute mentale (11,30).

L'evidenza supporta l'efficacia dei professionisti con esperienza vissuta nel migliorare gli esiti della recovery come l'autoefficacia e la qualità di vita complessiva (7,31). Infondere speranza per la propria possibilità riabilitativa è considerato un esito particolarmente importante della pratica basata sull'esperienza vissuta. Balková (15) ha dimostrato come i professionisti con esperienza vissuta in Repubblica Ceca contribuiscano ad approcci olistici alla recovery.

Nonostante il crescente riconoscimento dell'esperienza vissuta nei sistemi di salute mentale, la definizione di tale lavoro rimane difficile in molti paesi a causa della sua intrinseca diversità e dell'influenza di fattori culturali e sistemici (14,21,32,33). Vari quadri della pratica basata sull'esperienza vissuta/in atto privilegiano aspetti distinti come l'advocacy, l'attivismo o l'erogazione strutturata di servizi (17). Le doppie identità dei professionisti con esperienza vissuta/in atto come professionisti e individui con esperienza vissuta/in atto creano tensioni tra autenticità e aspettative organizzative (27,34). Queste complessità ostacolano l'istituzione di descrizioni di ruolo standardizzate, che sono necessarie per

l'integrazione in team multidisciplinari e per un efficace sviluppo delle politiche. Queste complessità ostacolano l'istituzione di descrizioni di ruolo standardizzate, che sono necessarie per l'integrazione in team multidisciplinari e per un efficace sviluppo delle politiche. Pertanto, un dialogo inclusivo tra le parti interessate è essenziale per conciliare le diverse interpretazioni e per definire collaborativamente ruoli che rispettino costantemente i valori fondamentali dei professionisti con esperienza vissuta/in atto nella pratica (35).

Un esempio di successo si trova in Irlanda, dove i ruoli basati sull'esperienza vissuta hanno ricevuto riconoscimento all'interno dell'Health Service Executive, che ha stabilito un codice di categoria formalmente riconosciuto per gli operatori di supporto tra pari. Questo include un ruolo chiaramente definito, garantendo la prontezza organizzativa, affrontando le considerazioni occupazionali, implementando processi di reclutamento e formazione robusti e sviluppando piani strategici per la loro integrazione nei servizi di salute mentale³⁶. Il quadro stabilisce chiare descrizioni dei ruoli, gestione gerarchica, supervisione e retribuzione (36,37).

Come è stata co-creata questa roadmap

In linea con le migliori pratiche contemporanee nella salute mentale, l'OMS si impegna a sostenere la co-creazione di politiche e l'organizzazione dei servizi sanitari con le persone che usufruiscono dei servizi di salute mentale e i loro familiari e i soggetti a vario titolo interessati. (4). Nel 2023, l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa ha stipulato un accordo di contributo con la Commissione Europea, finanziato dall'Unione Europea nell'ambito del programma EU4Health. Questo accordo – contenuto nel progetto "Affrontare le sfide della salute mentale nell'Unione Europea, Islanda e Norvegia" – rientra nell'Iniziativa della Commissione per la Capacity- building in Salute Mentale Europea, come stabilito nella comunicazione del 2023 su un approccio globale alla salute mentale (38). L'obiettivo del lavoro dell'Ufficio Regionale nell'ambito di questo accordo è quello di fornire un rafforzamento delle capacità su misura nella formulazione delle politiche e nell'erogazione dei servizi per i 29 paesi partecipanti, inclusa l'integrazione dell'expertise basata sull'esperienza vissuta/in atto nella politica e nei servizi. Per raggiungere questo obiettivo, l'Ufficio Regionale ha stipulato un contratto con Mental Health Europe e ha ricevuto supporto dal Dipartimento della Salute in Irlanda – istituzioni con significativa esperienza nella partnership con persone con esperienza vissuta/in atto di problemi di salute mentale, i loro familiari e sostenitori. È stata istituita una task force per co-creare la roadmap, con rappresentanti di paesi di tutta Europa, inclusi Belgio, Germania, Ungheria, Irlanda, Lituania,

Romania, Slovacchia, Spagna e Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord. La task force ha adottato la definizione di co-creazione di Mental Health Europe per guidare il lavoro (2):

un approccio collaborativo che coinvolge tutti gli attori della salute mentale che lavorano insieme su base paritaria per sviluppare e implementare politiche, servizi, programmi e comunicazioni che promuovano la salute mentale secondo un modello psicosociale e un approccio basato sui diritti umani.

La roadmap è stata co-creata seguendo una metodologia di gestione del progetto e attraverso un'ampia consultazione con un gruppo eterogeneo di stakeholder, inclusi individui con esperienza vissuta/in atto, professionisti della salute mentale, organizzazioni non governative, decisori politici, familiari e altri sostenitori. Centrale in questo processo è stato il principio dell'equità che garantisce che ogni voce sia stata ascoltata e valorizzata. La roadmap riflette le intuizioni condivise, le priorità e l'expertise di tutti i soggetti coinvolti.

Il processo di co-creazione della roadmap è iniziato ad agosto 2024 e si è concluso ad aprile 2025. Durante questo periodo si sono tenute sette riunioni della task force. A supporto del lavoro del piano di progetto della task force, sono stati istituiti due sottogruppi: uno per supportare il ricercatore senior nella definizione della strategia di ricerca e uno per supportare la pianificazione degli eventi di consultazione.

Il primo gruppo era composto da sei membri della task force, incluso il ricercatore senior, supportato da un assistente di ricerca. Sono state organizzate 12 riunioni bimestrali. Sono state condotte ricerche bibliografiche su un'ampia gamma di tipi di pubblicazioni, consistenti sia in letteratura peer-reviewed che non peer-reviewed.

La strategia di ricerca è stata co-creata per includere un'ampia gamma di terminologia di ricerca (inclusi termini relativi a popolazione, salute mentale, formazione e istruzione, politiche, modelli di partecipazione, erogazione dei servizi e geografia) e criteri di inclusione ed esclusione.

Sono state condotte ricerche bibliografiche su un'ampia gamma di tipologie di pubblicazioni, sia sottoposte a revisione paritaria sia non revisionate.

Le ricerche sono state condotte in banche dati tra cui PubMed, ERIC, Wiley, PsycINFO

(EBSCO Host) e Web of Science Core Collection, e in una serie di fonti di letteratura grigia (come quelle di Mental Health Europe e OMS); sono stati inoltre sviluppati termini di ricerca aperti su Google.

È stato identificato materiale aggiuntivo in consultazione con i punti focali nazionali dei paesi partecipanti. Da un'analisi di tutte le ricerche pertinenti identificate, questo sottogruppo ha categorizzato i risultati per tema e ha identificato una serie di azioni ritenute essenziali per supportare l'integrazione dei ruoli legati all'esperienza vissuta/viva nei sistemi di salute mentale.

Queste azioni sono servite da base per la roadmap. La prima bozza è stata redatta nel dicembre 2024 e distribuita ai membri della task force per commenti. Successivamente, la roadmap è stata perfezionata e aggiornata dal ricercatore senior.

In parallelo, il secondo sottogruppo ha pianificato due eventi di consultazione (di persona e online) tenutisi a febbraio 2025. Questo sottogruppo si è riunito tre volte ed era composto da 10 membri della task force. La roadmap revisionata è stata distribuita alle persone che si erano iscritte al processo di consultazione a gennaio 2025. In totale, 65 persone sono state coinvolte nei due eventi di consultazione, con rappresentanza di persone con esperienza vissuta/in atto, familiari, decisori politici e fornitori di servizi provenienti dai 29 paesi europei partecipanti, Brasile, Regione Amministrativa Speciale di Hong Kong, Cina, e Nuova Zelanda. La consultazione di persona si è svolta a Bruxelles, Belgio, nell'arco di due giorni, con 25 persone presenti. Una successiva consultazione online di quattro ore si è tenuta in seguito, con 40 persone partecipanti. Tutti i feedback sono stati raccolti e perfezionati attraverso un'analisi tematica condotta dal ricercatore senior, dal project manager e dal responsabile operativo, che li hanno incorporati nella roadmap. Durante questo processo, la task force ha fornito feedback e input continui allo sviluppo e alla redazione della roadmap man mano che evolveva. Questa roadmap è concepita come la prima fase di un processo in tre fasi. Le fasi 2 e 3 si concentreranno sulla co-creazione e sulla sperimentazione di un programma di formazione certificato/accreditato a livello europeo per l'integrazione dell'esperienza vissuta/in atto nei sistemi di salute mentale.

Azioni della roadmap

L'integrazione di professionisti con esperienza vissuta/in atto nei sistemi di salute mentale in tutti i paesi partecipanti al progetto "Affrontare le sfide della salute mentale nell'Unione Europea, Islanda e Norvegia" richiede un approccio mirato e pragmatico. Questa sezione delinea le azioni chiave per aree critiche di sviluppo al fine di garantire l'incorporazione

efficace e sostenibile dell'esperienza vissuta/in atto nell'assistenza sanitaria. Sebbene sviluppata nell'ambito della collaborazione tra l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa e la Commissione Europea, la roadmap è destinata all'uso in tutti i paesi, sia all'interno che all'esterno della Regione Europea dell'OMS.

Azione 1. Rafforzamento della politica sanitaria



Obiettivo

Le politiche e le strategie nazionali in materia di salute mentale dovrebbero contenere disposizioni relative all'inclusione dell'esperienza vissuta/in atto nei contesti sanitari e dovrebbero essere allineate ai principi dell'assistenza orientata al recupero.



Step d'azione

Gli stakeholder dovrebbero:

1. coinvolgere i decisori politici per integrare i professionisti con esperienza vissuta/in atto nei quadri legislativi e strategici, inclusa la pianificazione della forza lavoro e la definizione del budget.
2. definire i ruoli, le responsabilità e i confini dei professionisti con esperienza vissuta/in atto all'interno delle linee guida politiche per ridurre l'ambiguità di ruolo
3. promuovere la co-creazione nello sviluppo delle politiche, garantendo che l'esperienza guidi le decisioni del sistema di assistenza alla salute mentale.
4. rivedere la politica da una comprensione contemporanea del ruolo dell'expertise basata sull'esperienza e della pratica di assistenza orientata al recupero.

Come evidenziato nelle linee guida dell'OMS del 2025 sulle politiche e sui piani d'azione strategici per la salute mentale (39), storicamente, le persone con problemi di salute mentale e disabilità psicosociali sono state escluse sia dal prendere decisioni sulla propria salute e vita, sia dai più ampi processi decisionali all'interno della società. La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità riconosce che le persone con problemi di salute mentale e disabilità psicosociali possiedono conoscenze, prospettive e contributi di enorme valore. Pertanto, la loro partecipazione significativa è parte integrante di tutti gli aspetti della riforma della salute mentale, inclusi la governance e lo sviluppo, l'attuazione e la valutazione delle politiche. La creazione di ruoli di professionisti che si basano sull'esperienza vissuta riflette tale coinvolgimento e garantisce che tutte le azioni volte a trasformare i servizi di salute mentale siano allineate con le prospettive e i bisogni di coloro che hanno vissuto. L'integrazione dei professionisti dell'esperienza vissuta nelle strategie nazionali di salute mentale è un passo fondamentale verso l'integrazione dei ruoli dei pari e la garanzia di finanziamenti sostenibili.

Le politiche che definiscono tali ruoli, stabiliscono flussi di finanziamento e danno priorità alla co-creazione sono essenziali per integrarli come componente fondamentale dei sistemi di salute mentale (11,40,41). In questo passaggio fondamentale, i professionisti dell'esperienza vissuta/viva avranno ruoli ambigui all'interno dei sistemi sanitari, pochi supporti formalizzati e poche opportunità di partecipare allo sviluppo del sistema sanitario. Per informazioni più dettagliate su come garantire che l'esperienza vissuta/viva sia integrata in tutte le azioni politiche, consultare le Linee guida dell'OMS sulle politiche e i piani d'azione strategici per la salute mentale (39). Sulla base di un'indagine condotta dall'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa e dalla Commissione europea nel 2023, molti paesi in Europa stanno solo iniziando a integrare l'esperienza vissuta/viva nelle politiche. Mentre 25 dei 29 paesi (86%) hanno riferito di coinvolgere persone con esperienza vissuta/viva nello sviluppo delle politiche, la loro partecipazione potrebbe essere superficiale. Infatti, 11 paesi (38%) hanno segnalato un'adesione limitata da parte di individui con esperienza vissuta e dei loro assistenti. Inoltre, più della metà dei paesi intervistati (16 paesi; 67%) ha indicato la necessità di supporto per rafforzare le capacità all'interno della forza lavoro della salute mentale. Mentre la maggior parte dei paesi ha implementato parzialmente interventi di salute mentale nei contesti di assistenza sanitaria primaria, gli sforzi per migliorare la capacità della forza lavoro sanitaria generale sono in ritardo. Nello specifico, 12 paesi su 29 non hanno ancora avviato questa implementazione. Gli ostacoli all'attuazione delle politiche includono l'accessibilità e la copertura inadeguate del personale sanitario e assistenziale (15 paesi; 52%)

e infrastrutture insufficienti per soddisfare le esigenze del sistema (13 paesi; 45%). Infrastrutture inadeguate e la mancanza di copertura possono influire sulla continuità dell'assistenza e limitare il coinvolgimento degli utenti dei servizi.

I risultati indicano aree chiave per un supporto aggiuntivo, come l'espansione della forza lavoro della salute mentale e il miglioramento delle competenze degli operatori sanitari generali (42). Come ulteriore preoccupazione, i piani e le politiche per la salute mentale in Europa spesso mancano di obiettivi specifici e misurabili e di dettagli sulle fasi di attuazione, sulle responsabilità e sulle fonti di finanziamento (43). Molti forniscono anche informazioni limitate sui sistemi di dati e sui processi di valutazione. Sebbene siano stati compiuti progressi nello sviluppo di queste politiche e piani, l'operatività e la raccolta dei dati per la valutazione sono spesso inadeguate. Per migliorare la generazione di conoscenze e dimostrare l'impatto, le politiche e i piani per la salute mentale dovrebbero includere obiettivi specifici e misurabili, nonché responsabilità assegnate, piani di finanziamento e valutazione.

Case study 1 – Irlanda

Il National Framework for Recovery in Mental Health (2024-2028) (44) dell'Irlanda si concentra sulla creazione di servizi orientati al recupero integrando valori come la speranza, l'autodeterminazione e l'empowerment in ogni aspetto dell'assistenza, dal reclutamento alla pianificazione dei servizi. I piani di comunicazione garantiscono che utenti dei servizi, famiglie, caregiver e personale lavorino insieme con una comprensione condivisa di questi principi. L'educazione alla recovery, come la pianificazione dell'azione di recupero del benessere (wellness recovery action planning), supporta gli individui nella gestione della loro salute mentale e nel raggiungimento dei loro obiettivi. I professionisti con esperienza vissuta di malattia svolgono un ruolo vitale in questo processo, lavorando individualmente con gli utenti dei servizi per costruire fiducia, gestire le transizioni e connetterli alle risorse della comunità. La co-produzione è un passo integrante nel piano dell'Irlanda per promuovere il recupero della salute mentale centrato sull'utente del servizio, e i professionisti con esperienza vissuta/in atto svolgono un ruolo cruciale colmando il divario tra l'utente del servizio/persona che utilizza il servizio e i professionisti. Corsi di formazione che forniscono a questi professionisti qualifiche formali sono disponibili tramite la Dublin City University e l'Atlantic Technological University, con borse di studio disponibili per l'iscrizione (45,46).

Case study 2 – Norvegia

La Norvegia ha adottato un approccio strutturato per integrare il supporto tra pari nel suo sistema di salute mentale, creando una chiara tabella di marcia per il suo sviluppo. I centri di salute mentale comunitari fungono da spina dorsale dell'assistenza, incorporando team mobili e servizi di crisi per garantire l'accessibilità (47). I servizi di recupero tra pari sono emersi all'interno dei comuni per migliorare il trattamento della salute mentale e dell'abuso di sostanze, riconoscendo il valore unico dell'esperienza vissuta nell'erogazione dei servizi (48). La riduzione dello stigma all'interno dei servizi di salute mentale è stata un obiettivo centrale della politica nazionale e dell'integrazione degli operatori dell'esperienza vissuta. Gli operatori dell'esperienza vissuta, noti come *erfaringskonsulenter* (consulenti dell'esperienza vissuta), sono inseriti in team multidisciplinari per promuovere l'inclusività e sfidare gli stereotipi sulla salute mentale. Questo impegno ha cambiato la percezione pubblica e ridotto le pratiche discriminatorie all'interno dei contesti sanitari, dimostrando il contributo delle competenze dell'esperienza vissuta alla società. *Erfaringssentrum*, l'associazione nazionale norvegese per gli operatori di supporto tra pari, ha svolto un ruolo chiave nella professionalizzazione del settore promuovendo la collaborazione, sostenendo l'inclusione sul posto di lavoro e organizzando conferenze nazionali (49). Il KBT Competence Center for Lived Experience and Service Development offre formazione accreditata dall'Agenzia norvegese per l'assicurazione della qualità nell'istruzione, garantendo che gli operatori tra pari ottengano qualifiche formali e abbiano percorsi di carriera strutturati (50). Questo approccio multilivello, dalla politica e dall'istruzione all'implementazione del servizio, dimostra l'impegno della Norvegia nell'integrare il supporto tra pari nell'assistenza sanitaria mentale tradizionale.

Azione 2. Sostenere la costruzione di servizi inclusivi con pazienti esperti



Obiettivo

Le organizzazioni di salute mentale dovrebbero essere preparate a includere professionisti con esperienza vissuta/in atto promuovendo pratiche inclusive; superando le barriere culturali; e assicurando che i professionisti con esperienza vissuta/in atto siano supportati attraverso formazione, supervisione e percorsi di carriera equi.



Step d'azione

Gli stakeholder dovrebbero:

1. Attuare attività anti-stigma nelle organizzazioni sanitarie per favorire il rispetto e la collaborazione tra professionisti con esperienza vissuta/in atto e personale tradizionale.
2. Standardizzare i ruoli e la formazione dei professionisti con esperienza vissuta/in atto per garantire coerenza e professionalità nella pratica.
3. Rafforzare le strutture di supervisione e supporto per promuovere la pratica etica.
4. Promuovere culture lavorative inclusive attraverso la formazione e il supporto alla pratica per raggiungere la piena integrazione dei professionisti con esperienza vissuta/in atto nei team multidisciplinari.
5. Costruire percorsi di sviluppo di carriera per attrarre e sostenere una forza lavoro motivata e qualificata.

Le strutture e la cultura organizzativa influenzano significativamente le esperienze e il benessere dei professionisti che si occupano di esperienza vissuta (29,51–53).

Per mantenere questi professionisti efficaci e motivati, le organizzazioni devono promuovere culture aziendali inclusive che siano eque, valorizzare l'esperienza vissuta attraverso la retribuzione, stabilire percorsi di carriera chiari per la progressione (54–56), offrire una formazione completa e fornire una supervisione di supporto. Uno dei contributi più significativi dei professionisti dell'esperienza vissuta è il loro potenziale nel ridurre lo stigma all'interno dei sistemi di salute mentale e della società in generale. Lo stigma e la discriminazione legati alle condizioni di salute mentale sono diffusi e dannosi. Ridurre lo stigma e la discriminazione avvantaggia le famiglie, le comunità e le economie e ha il potenziale di salvare vite umane. Ridurre lo stigma tra il personale sanitario richiede iniziative organizzative continue e il coinvolgimento della comunità (vedere il riquadro 2 per l'approccio dell'OMS) (57). Il personale clinico spesso esprime scetticismo, guidato da una mancanza di comprensione, nei confronti dei professionisti dell'esperienza vissuta; questo ha portato a sforzi in paesi come Irlanda e Spagna per educare i team sanitari sul valore del ruolo (32).

Inoltre, supportare gli utenti dei servizi a impegnarsi e comprendere la propria storia di salute mentale riduce l'autostigma e aumenta la loro autonomia e capacità di recupero (58). Memria in Norvegia ha lanciato un progetto pilota con il Fondo norvegese per i diritti umani, dove raccoglie e pubblica storie di difensori dei diritti

umani raccontate da persone, con le loro stesse voci, sul lavoro che svolgono, sui rischi che corrono e sul perché sono costretti a lottare per i diritti degli altri. Questo approccio narrativo ha migliorato l'atteggiamento del pubblico e ridotto la discriminazione nell'assistenza sanitaria (59). La standardizzazione della formazione è essenziale per la coerenza e la professionalità. Può aiutare a evitare ambiguità di ruolo e migliorare la chiarezza organizzativa (32,61). I programmi di formazione che affrontano la duplice identità dei professionisti dell'esperienza vissuta/viva – fondendo l'esperienza vissuta con le responsabilità professionali – sono fondamentali (16). Una formazione che promuova lo sviluppo professionale mantenendo l'autenticità dei ruoli dei pari può essere ottenuta attraverso moduli sulla co-creazione e sulla gestione dei confini (62,63).

Il programma di certificazione Experienced Involvement esemplifica un'efficace standardizzazione della formazione incentrata sull'assistenza orientata al recupero, sui quadri etici e sulle competenze pratiche per ambienti multidisciplinari (15,18). La cooperazione nordica e baltica per i lavoratori del

supporto tra pari è una partnership finanziata per sviluppare e condividere nuovi materiali didattici per il supporto tra pari in Danimarca, Estonia, Islanda, Lituania, Norvegia e Svezia (64). Le organizzazioni possono garantire che i professionisti dell'esperienza vissuta/viva siano adeguatamente preparati per i loro ruoli adottando processi di formazione e certificazione standardizzati che si allineano con i principi di recupero e gli standard etici (27). Vedere l'area di azione 4 per maggiori dettagli sulla formazione.

La pratica etica basata sull'esperienza vissuta dai professionisti è multiforme e comprende dinamiche relazionali, quadri formalizzati e sforzi di riduzione dello stigma (27,65).

Queste dimensioni possono essere affrontate attraverso una formazione standardizzata e una forte supervisione e coinvolgimento della comunità, che consente a questi professionisti di prosperare come una forza trasformativa nei sistemi di salute mentale.

Box 2. Toolkit Mosaic per porre fine allo stigma e alla discriminazione nella salute mentale

L'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa ha pubblicato il toolkit Mosaic per porre fine allo stigma e alla discriminazione nella salute mentale, al fine di supportare i decisori politici, le persone con esperienza vissuta di malattia mentale, i professionisti della salute, la società civile e altri a sviluppare e avviare attività anti-stigma basate sull'evidenza nei loro contesti locali. Il toolkit offre una guida pratica basata su tre principi chiave: leadership o co-leadership da parte di pazienti esperti, contatto sociale e partnership inclusive. Per implementare questi principi, il toolkit offre un modello di processo in quattro fasi: identificare gli obiettivi, pianificare e preparare le attività attraverso la valutazione dei bisogni e la mappatura degli stakeholder, avviare e apprendere dalle attività, e riflettere sui risultati per informare le attività future. Per illustrare il processo e i principi, il toolkit Mosaic include 11 casi di studio globali e un approfondimento sulle politiche e le azioni in tutta l'Unione Europea (60).

Una supervisione efficace richiede quadri etici specifici per i professionisti dell'esperienza vissuta, che possano guidare la pratica e affrontare sfide uniche. La National Association of Peer Supporters negli Stati Uniti d'America ha sviluppato standard che comprendono 12 valori fondamentali e sottolineano le linee guida per i supervisori, insieme a una distinzione tra supervisione tra pari e non tra pari (66). Vedere l'Area d'azione 5 per maggiori dettagli sulla supervisione. La creazione di servizi inclusivi e incentrati sul recupero richiede cambiamenti sia culturali che pratici all'interno delle organizzazioni. La resistenza da parte del personale sanitario tradizionale deriva spesso da una mancanza di comprensione dei ruoli dei pari (27,67). Per combattere questo, sono necessarie campagne di formazione e sensibilizzazione mirate. In Irlanda e Spagna, i professionisti dell'esperienza vissuta hanno dovuto affrontare sfide per ottenere l'accettazione all'interno dei team clinici, indicando la necessità di formazione organizzativa (32). La collaborazione con il personale tradizionale può essere migliorata attraverso il team building e la co-creazione (68); l'integrazione dei professionisti dell'esperienza vissuta in team multidisciplinari promuove la mutualità (69). Il team multidisciplinare è essenziale, sia negli ospedali che nelle comunità, poiché supportare il recupero implica il lavoro di squadra e il cambiamento degli atteggiamenti in prima linea. Tutte queste strategie contribuiscono a ridurre lo stigma e a migliorare le dinamiche sul posto di lavoro, portando a una cultura più inclusiva. Anche le pratiche quotidiane dovrebbero cambiare, incorporando i principi di recupero. Questo cambiamento richiede due approcci chiave: formare i team ad applicare

i concetti di recupero in situazioni di vita reale e sfruttare le competenze di tutti in prima linea per promuovere soluzioni di recupero innovative. I piani di integrazione del recupero di squadra possono essere utilizzati a questo scopo: sono progettati per aiutare i team a concentrarsi sul recupero, consentendo loro di implementare i concetti di recupero sfruttando le competenze sia dei fornitori di servizi che degli utenti e promuovendo metodi innovativi per promuovere il recupero e ambienti di supporto (70). Percorsi di carriera strutturati sono essenziali per sostenere una forza lavoro motivata e qualificata. Questi percorsi dovrebbero offrire opportunità di specializzazione e sviluppo della leadership, facilitando l'avanzamento di carriera (56,71,72). Lo sviluppo professionale continuo è fondamentale per trattenere i professionisti con esperienza vissuta/vivente e migliorare il loro contributo (73). Queste misure migliorano anche la fidelizzazione e rafforzano il loro valore all'interno dei sistemi sanitari. L'equa remunerazione è una questione persistente (54), così come la sostenibilità finanziaria di queste posizioni all'interno delle organizzazioni sanitarie. Un finanziamento adeguato e stabile è essenziale per sostenere l'integrazione dei professionisti dell'esperienza vissuta/viva (74) e per garantire la scalabilità dei loro contributi (7).

Case study 3 –Finlandia

In Finlandia, il coinvolgimento di professionisti che si occupano di esperienze vissute/viventi nei servizi di salute mentale è aumentato negli ultimi anni. Oltre agli esperti con esperienza attraverso attività del settore non governativo, è stato compiuto uno sforzo per espandere tale attività nel settore pubblico, con l'obiettivo di fornire servizi orientati al cliente e attuare una politica di salute mentale che enfatizzi la partecipazione dell'utente/persona che utilizza il servizio. Esistono molti gruppi di professionisti che si occupano di esperienze vissute/viventi e le informazioni sono facilmente reperibili online (75). Il modello finlandese di supporto tra pari e di gruppi di esperti per esperienza combina approcci basati sulla comunità, professionalizzati e integrati (76). Sono disponibili molti corsi di formazione per professionisti che si occupano di esperienze vissute/viventi ed esperti per esperienza, alcuni facilitati dalla Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe, Vertaistoimijat e Kokemustiedon Keskus. Non è chiaro se sia un requisito per questi professionisti essere formalmente formati per fornire supporto, ma è probabile (77,78).

Case study 4 – Svezia

In Svezia, i modelli di professionisti con esperienza vissuta/in atto e i programmi di formazione enfatizzano il recupero, l'empowerment e la collaborazione nei servizi di salute mentale. Iniziative e campagne di ricerca nelle scuole di recupero e nelle scuole per pazienti si sono concentrate sull'educazione supportata tra pari, dove individui con esperienze di salute mentale vissute condividono i loro percorsi, insegnano abilità di coping e promuovono la fiducia per ridurre lo stigma e promuovere l'autogestione (79). Il modello è flessibile e collaborativo, con caratteristiche chiave come lo sviluppo del ruolo, la costruzione di relazioni e la separazione dai compiti clinici. I programmi di formazione preparano i professionisti con esperienza vissuta/in atto attraverso un corso di cinque settimane integrato da sessioni per organizzazioni e personale, garantendo una fluida integrazione nei servizi di salute mentale. I coordinatori supervisionano il reclutamento e il supporto, mentre mentori esperti forniscono coaching per rafforzare la crescita professionale e il benessere (80). Il Personligt Ombud, un'iniziativa svedese di gestione dei casi, esemplifica questo approccio aiutando gli utenti dei servizi a definire obiettivi, accedere alle risorse e apportare cambiamenti nella vita (81). I lavoratori di supporto tra pari, introdotti attraverso la National Cooperation for Mental Health, hanno migliorato la comunicazione con gli utenti dei servizi e hanno cambiato i servizi di salute mentale in modo positivo (82).

Azione 3. Promuovere la co-creazione, la collaborazione e l'integrazione



Obiettivo

Attraverso l'applicazione dei principi di co-creazione, l'esperienza vissuta/vivente e altre forme di competenza dovrebbero essere integrate nella progettazione, erogazione e valutazione dei servizi di salute mentale.



Step d'azione

Gli stakeholder dovrebbero:

1. stabilire piattaforme per la collaborazione tra professionisti con esperienza vissuta/in atto, clinici e utenti dei servizi nella progettazione e nell'erogazione dei servizi;
2. costruire capacità e fornire formazione alle persone con esperienza vissuta/in atto per impegnarsi in una significativa co-creazione di servizi;
3. utilizzare modelli di co-creazione di successo per guidare l'implementazione e scalare le migliori pratiche;
4. formare il personale sanitario a riconoscere e valorizzare il ruolo della co-creazione nella creazione di servizi di salute mentale inclusivi e centrati sulla persona;
5. implementare quadri di valutazione per valutare gli esiti delle iniziative co-create e perfezionare le pratiche in base al feedback degli stakeholder.

La co-creazione enfatizza la proprietà condivisa e la partecipazione attiva di tutti gli stakeholder nella progettazione, erogazione e valutazione dei servizi di salute mentale. Questo approccio è radicato nei principi di inclusività, mutualità e empowerment, in stretta linea con l'ethos degli operatori che si occupano di esperienza vissuta (53,83).

A differenza dei tradizionali approcci gerarchici, la co-creazione enfatizza l'uguaglianza, l'apprendimento reciproco e l'integrazione di prospettive diverse. Una co-creazione efficace implica la creazione di spazi in cui gli utenti del servizio, gli operatori che si occupano di esperienza vissuta, i familiari, gli altri sostenitori e i clinici possano innovare e contribuire equamente ai processi decisionali. Ciò richiede di affrontare gli squilibri di potere e di garantire che tutte le parti siano riconosciute come portatrici di preziose competenze (32,83). Tuttavia, esiste il pericolo di attuare un'inclusione simbolica piuttosto che praticare un'inclusione effettiva. L'inclusione simbolica implica usare l'esperienza vissuta come gesto simbolico piuttosto che come fondamento per un cambiamento strutturale. La vera integrazione dell'esperienza vissuta richiede uno spostamento di potere, un ascolto profondo e la volontà di cambiare il sistema stesso, non solo di decorarlo con un nuovo linguaggio. La cooptazione (o cooptazione) si riferisce al processo attraverso il quale un gruppo dominante cerca di assorbire, neutralizzare o pacificare un'opposizione più debole che percepisce come una minaccia alla sua autorità.

Questo processo può assumere molte forme, come l'adozione da parte del gruppo dominante di idee o linguaggio di comunità emarginate, rimodellando gradualmente il significato di idee o termini chiave, fino a quando parole come "empowerment" o "pari" perdono il loro significato originale o arrivano a significare l'opposto (84).

Quando i sistemi cooptano il linguaggio o le storie dell'esperienza vissuta senza rispettarne la profondità o il contesto, tali intuizioni rischiano di essere annacquate in narrazioni edulcorate favorevoli allo status quo. Ad esempio, idee come il supporto tra pari, che mirano a sfidare le strutture di potere esistenti, possono essere professionalizzate e burocratizzate fino a perdere le loro radici radicali basate sulla comunità. L'esperienza vissuta spesso porta con sé critiche e sfide, soprattutto su come i sistemi tradizionali di salute mentale abbiano causato danni. Quando queste voci vengono cooptate, quel lato critico viene smussato o ignorato e la riforma diventa più una questione di immagine che di sostanza. Le persone con esperienza vissuta spesso assumono questi ruoli con la speranza di un cambiamento significativo. Quando si rendono conto che le loro voci vengono usate ma non veramente ascoltate, ciò porta a disillusione, esaurimento e sfiducia, non solo negli individui ma in intere comunità (84). La co-creazione e i modelli collaborativi rappresentano un cambiamento di paradigma nell'assistenza alla salute mentale, enfatizzando l'uguaglianza, l'inclusività e la proprietà condivisa. Le diverse applicazioni evidenziano l'adattabilità e l'impatto di questi approcci nel promuovere sistemi orientati al recupero. Affrontando sfide come le dinamiche di potere e la sostenibilità, sfruttando al contempo le opportunità di innovazione, la co-creazione può continuare a trasformare sistemi di salute mentale e può garantire che l'esperienza vissuta/di vita rimanga al centro dell'assistenza. Uno studio longitudinale quadriennale ha esaminato tre innovazioni nei servizi pubblici co-create in Canada, Scozia (Regno Unito) e Svezia. Ha rilevato che, per tutti i casi di studio, una filosofia che valorizzava i professionisti dell'esperienza vissuta/di vita come pari con la conoscenza professionale aveva maggiore flessibilità e adattabilità ai

contesti locali e ha portato allo sviluppo di nuove mentalità e processi di co-creazione (53). I principi chiave della co-creazione sono:

- garantire che tutte le voci, in particolare quelle degli individui con esperienza vissuta, siano rappresentate nei processi decisionali;
- reciprocità e collaborazione: costruire partnership che valorizzino i contributi unici dell'esperienza vissuta dei professionisti e degli utenti dei servizi;
- focus orientato al recupero: riconoscere la natura olistica del recupero e allineare i servizi ai principi del recupero, come l'autonomia, l'empowerment e la crescita personale.

Sono state sviluppate diverse risorse per supportare la formazione e l'implementazione della co-creazione (2,85,86). Secondo uno studio (53), diverse azioni strategiche possono supportare la co-creazione, tra cui le seguenti.

Le dinamiche di potere degli stakeholder devono essere equilibrate. Le gerarchie tradizionali all'interno dei sistemi sanitari spesso limitano l'influenza dell'esperienza vissuta dei professionisti e degli utenti dei servizi.

In Irlanda, i professionisti che si basano sull'esperienza vissuta hanno segnalato difficoltà nell'affermare le proprie prospettive all'interno di team multidisciplinari, rendendo necessaria una formazione organizzativa per promuovere reciprocità e collaborazione. Nei processi di co-creazione è necessario costruire fiducia. La fiducia è un fattore critico per il successo della co-creazione.

La resistenza da parte del personale tradizionale, unita allo stigma sistemico, può minare gli sforzi collaborativi.

È necessario garantire la sostenibilità.

La co-creazione richiede investimenti sostenuti in formazione, supervisione e infrastrutture.

La co-creazione è stata applicata con successo in vari contesti. In Nuova Zelanda, l'iniziativa Whānau Ora integra operatori dell'esperienza vissuta nei servizi sanitari incentrati sulla famiglia, enfatizzando il benessere olistico e la reattività culturale. Questo modello dimostra il potenziale della co-creazione per rispondere ai bisogni specifici di popolazioni diverse (87).

Allo stesso modo, i programmi di salute mentale per i rifugiati in Grecia impiegano professionisti con esperienza vissuta provenienti da comunità di rifugiati per co-creare servizi di supporto (88). Questo approccio migliora la rilevanza culturale e la fiducia, portando a un coinvolgimento e a risultati migliori (7). La co-creazione ha un grande potenziale, ma può essere messa alla prova dalle dinamiche di potere degli stakeholder e dai deficit di fiducia. Costruire modelli di co-creazione efficaci richiede investimenti costanti nella costruzione di relazioni, nel dialogo facilitato e nel rafforzamento delle capacità per tutti i partecipanti. Le opportunità risiedono nello sfruttare questi processi per promuovere l'innovazione e garantire che i servizi di salute mentale rispondano alle esigenze di popolazioni diverse.

Azione 4. Standardizzazione della formazione e della certificazione



Obiettivo

Dovrebbero essere creati congiuntamente programmi di formazione e certificazione coerenti e di alta qualità, che forniscano ai professionisti dell'esperienza vissuta le competenze, le conoscenze e le basi etiche necessarie per una pratica efficace e professionale orientata al recupero.



Step d'azione

Gli stakeholder dovrebbero:

1. co-creare un curriculum di formazione di base certificato
2. sviluppare moduli sui principi della cura orientata al recupero, sulla pratica dell'esperienza vissuta, sui quadri etici, sull'uso della propria narrazione come strumento di recupero, sulla gestione dei confini, sulla cura di sé, sulla supervisione e sulla co-creazione, tra gli altri, per preparare i professionisti con esperienza vissuta/in atto ad ambienti multidisciplinari;
3. collaborare con istituzioni accademiche, organizzazioni per la salute mentale e stakeholder per garantire che i programmi di formazione siano co-creati, riflettano le migliori pratiche e siano accessibili a tutte le popolazioni con esperienza vissuta/vivente;
4. Vengono offerte opportunità di sviluppo per affrontare le sfide emergenti e supportare la progressione di carriera.

Basandosi sull'Azione 2 (Sviluppare capacità per la preparazione organizzativa), modelli formativi standardizzati garantiscono coerenza e professionalità tra gli operatori

dell'esperienza vissuta, dotandoli delle competenze essenziali e dei quadri etici per promuovere il recupero (27, 52, 89). Gli approcci formativi variano ampiamente, in base ai contesti culturali e sistemici locali, ma dovrebbero sempre mirare a promuovere la pratica etica.

La pratica etica è fondamentale per gli operatori dell'esperienza vissuta, che spesso incontrano sfide come la gestione dei confini, le dinamiche di potere e lo stigma. Definire quadri etici personalizzati può garantire l'integrità e la sostenibilità dei loro contributi e dovrebbe in particolare coprire l'etica relazionale: l'importanza di fiducia, rispetto e reciprocità nel promuovere le connessioni tra questi operatori e gli utenti dei servizi (66). Tuttavia, la natura profondamente personale di queste interazioni richiede un'attenta attenzione ai confini e alle pratiche di divulgazione (89). Sebbene sia uno strumento prezioso, l'auto-rivelazione può portare a confusione di ruolo o danni emotivi se utilizzata in modo inappropriato. La formazione narrativa personale è un approccio che può ridurre la possibilità di un uso improprio dell'auto-rivelazione.

Le narrazioni sul recupero della salute mentale sono resoconti personali di prima mano dell'esperienza vissuta/viva di recupero da problemi di salute mentale. Si riferiscono ad azioni o eventi specifici e spesso includono resoconti personali di lotte, avversità, successi, sopravvivenza e punti di forza personali identificati (90). Gli operatori che si occupano di esperienze vissute/vive dovrebbero equilibrare la

condivisione di esperienze con cui relazionarsi con il mantenimento dei confini professionali (91). Le relazioni doppie, in cui condividono legami personali con coloro che supportano, pongono sfide etiche significative. I quadri di supervisione sono essenziali per affrontare potenziali conflitti di interesse (92). Nei ruoli di professionista intenzionale e professionale, la condivisione di narrazioni personali dovrebbe essere utilizzata solo quando ciò andrà a beneficio dell'altra persona coinvolta. La condivisione di narrazioni personali per il proprio beneficio terapeutico o di crescita personale deve avvenire in un contesto di cura di sé o in un altro contesto (89,91). È importante separare i programmi di formazione e certificazione in aree di competenze teoriche e pratiche. Uno studio (92) ha esaminato le tipologie di componenti del lavoro di supporto tra pari in ambito di salute mentale e ha identificato vari temi relativi al reclutamento, alla preparazione, alla formazione del personale, alla pratica e alla tenuta dei registri. Un'ulteriore revisione ha identificato 20 argomenti formativi che potrebbero essere inclusi nel curriculum dei programmi di formazione iniziale. Gli argomenti principali, essenziali per il completamento del curriculum, includono un'introduzione alla prospettiva storica, locale e internazionale del supporto tra pari e degli operatori del supporto tra pari; il ruolo del lavoro di supporto tra pari nel recupero; e approcci e modelli utilizzati nel lavoro di supporto tra pari. Gli argomenti elettivi o specifici del contesto potrebbero includere:

- sviluppare competenze e abilità specifiche per il ruolo come i colloqui motivazionali
- comprendere le impostazioni dei servizi e i bisogni di salute mentale lungo tutto il corso della vita
- comprendere le impostazioni dei servizi e i bisogni di salute mentale lungo tutto il corso della vita e altre

competenze lavorative come la gestione del tempo (93).

Alcuni paesi hanno già istituito quadri di competenze per gli operatori di supporto tra pari nei servizi di salute mentale. Il National Health Service in Inghilterra, Regno Unito, ha pubblicato un quadro di competenze (94), mentre il progetto Erasmus+ ha pubblicato una guida per l'implementazione di ulteriori concetti di formazione per gli operatori di supporto tra pari, basati sul Quadro europeo delle qualifiche per i livelli 4 e 5 (24). Il manuale di intervento e formazione UPSIDES è stato sviluppato seguendo un quadro in quattro fasi sull'adattamento dell'intervento per l'implementazione in diversi contesti culturali e socioeconomici. Questa formazione si concentra su competenze pratiche che utilizzano esercizi di role-playing; lavoro di gruppo, inclusa la riflessione sui ruoli con i colleghi (InterVision) o con un coach di grande esperienza (supervisione); risorse e strumenti necessari per il networking; e una continua sensibilizzazione sulle competenze relative all'esperienza vissuta (61).

Accessibilità ed equità nella certificazione rimangono sfide cruciali nella professionalizzazione dell'esperienza vissuta. Ad esempio, sebbene popolare, il programma di formazione sul coinvolgimento esperto è gestito da diverse organizzazioni, e la formazione e la certificazione potrebbero non avere pari dignità per coloro che desiderano trasferirsi in un altro Paese. Un approccio a più livelli o strutturato come quello visto in Irlanda sarebbe vantaggioso, in base al quale l'esperienza vissuta. L'impiego e i gradi dei professionisti sono collegati a un insieme definito di qualifiche ed esperienze (95). Anche lo sviluppo

professionale continuo è essenziale.

Dato il panorama in evoluzione dell'assistenza sanitaria mentale, i professionisti con esperienza vissuta devono migliorare continuamente la loro competenza. Le aree emergenti di interesse includono la salute digitale, l'assistenza intersezionale e l'advocacy. Inoltre, i programmi di leadership sono fondamentali per preparare professionisti esperti in esperienze vissute/viventi ad assumere ruoli nella gestione, nella formazione e nell'advocacy politica (39, 96).

Case study 5 – Austria

In Austria, per i gruppi di supporto tra pari viene utilizzato un modello di trilogia. Utenti, caregiver e operatori della salute mentale si incontrano regolarmente per avere una discussione aperta con l'obiettivo di comunicare e discutere le esperienze e le conseguenze dei problemi di salute mentale e i modi per risolverli (97). Tra il 2013 e il 2015 è stato condotto un corso di formazione pilota per operatori dell'esperienza vissuta in salute mentale in paesi europei, tra cui l'Austria. Inoltre, gli operatori del supporto tra pari sono considerati esperti in base all'esperienza. L'Austria ha anche partecipato al progetto europeo PEER2PEER, che ha condiviso l'approccio scozzese (Regno Unito) agli operatori dell'esperienza vissuta per la salute mentale tra le organizzazioni partner (98). Il progetto ha aiutato i partner a comprendere il loro ruolo, utilizzando l'esperienza della Scottish Recovery Network. Gli strumenti didattici sono stati adattati ai contesti specifici di Austria, Spagna e Romania, dove si sono svolti due corsi di formazione pilota. Dei 135 studenti, 18 lavorano come operatori dell'esperienza vissuta, come volontari o dipendenti retribuiti.

Case study 6 – Islanda

L'Islanda offre diversi modelli di supporto tra pari e programmi di formazione incentrati sull'empowerment, il recupero e il coinvolgimento della comunità. Klúbburinn Geysir (99) aiuta le persone a ricostruire le proprie vite lavorando a fianco del personale, enfatizzando i punti di forza rispetto alla malattia. Virknihús Engagement Center offre programmi di riabilitazione, tra cui supporto all'occupazione e consulenza (100). Bataskóli Recovery School offre corsi sulla salute mentale e il recupero per le persone e le loro famiglie (101). Hugarafi, un'organizzazione gestita dai pari, promuove il recupero personale, i diritti umani e l'educazione alla salute mentale (102).

Case study 7 – Francia

Il ruolo degli operatori dell'esperienza vissuta si è sviluppato lentamente in Francia, ma ora sta guadagnando maggiore attenzione, principalmente a causa di agende politiche e nuove politiche governative (103,104). Le politiche e i programmi che si basano su questi operatori includono gruppi di mutua assistenza, il programma Accompagnamento per Tutti, il programma Housing First e bandi nazionali per progetti pilota per migliorare la salute e l'autonomia. GHU Paris condivide informazioni sulle differenze tra pari professionisti e volontari; ancora una volta, sono disponibili corsi di formazione generale sulla salute mentale e gli operatori dell'esperienza vissuta sono considerati esperti attraverso l'esperienza (105,106). Il Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione in Salute Mentale a Lille ha creato un curriculum di formazione per operatori tra pari, operativo dal 2012. È offerto presso l'Università Bobigny Parigi 13 e l'Università di Bordeaux come programma di un anno, come parte di un corso di laurea. Gli operatori tra pari seguono anche una formazione professionale in centri psichiatrici e di riabilitazione che hanno reclutato operatori tra pari (107).

Azione 5. Migliorare la supervisione e il supporto



Obiettivo

Trasformare la salute mentale attraverso l'esperienza vissuta Roadmap per l'integrazione dei professionisti dell'esperienza vissuta e di vita nelle politiche, nei servizi e nella comunità.



Step d'azione

Gli stakeholder dovrebbero:

1. linee guida che enfatizzano pratiche riflessive e basate sui punti di forza;
2. supervisori per comprendere il duplice ruolo dei professionisti dell'esperienza vissuta e supportarli nell'utilizzo efficace della loro esperienza vissuta, nonché nella gestione di sfide come l'auto-rivelazione e i confini relazionali;
3. è considerato un requisito essenziale per i ruoli di esperienza vissuta/viva, e che tutti abbiano equo accesso alla supervisione;
4. reti per creare spazi di reciproco sostegno e apprendimento condiviso tra professionisti dell'esperienza vissuta.

Ancora una volta, partendo dall'Azione 2 (Sviluppare capacità per la prontezza organizzativa), è essenziale comprendere che gli operatori dell'esperienza vissuta/viva occupano una posizione unica.

Essi colmano il divario tra gli utenti del servizio e i professionisti dei servizi di salute mentale tradizionali. Questo duplice ruolo crea spesso tensioni. Da un lato, ci si aspetta che gli operatori dell'esperienza vissuta/viva mantengano la loro autenticità attingendo alle esperienze di prima mano; dall'altro, sono vincolati dalle aspettative organizzative e dalla professionalità. La necessità di gestire queste doppie identità può portare a conflitti interni, come l'equilibrio tra le esigenze personali

e l'auto-rivelazione mantenendo confini appropriati. Questi professionisti sottolineano spesso la sfida di mantenere l'autenticità pur aderendo agli standard dei confini professionali (27,40,74,108).

La supervisione riflessiva è enfatizzata per aiutare i professionisti dell'esperienza vissuta/viva a navigare le complessità delle loro doppie identità (15). La natura non gerarchica dei ruoli dell'esperienza vissuta/viva può a volte nascondere squilibri di potere sottostanti. Questi professionisti devono avere un ruolo chiaramente definito, in particolare all'interno di contesti sanitari formali: tutti devono avere chiaro in che modo il ruolo contribuisce allo sviluppo complessivo dei servizi orientati al recupero. Tutti i professionisti sono facilitatori del percorso di recupero di un individuo, ma nel guidare gli utenti del servizio attraverso quel percorso, possono inavvertitamente creare una dinamica in cui l'utente del servizio si sente dipendente o impotente. La supervisione riflessiva affronta efficacemente queste dinamiche, garantendo che i professionisti dell'esperienza vissuta/viva rimangano radicati nella reciprocità e nel rispetto. Il Centro di Assistenza Tecnica (PeerTAC) dei Servizi di Supporto tra Pari di New York ha sviluppato un manuale completo e autodidattico. Questa formazione include la comprensione di cosa sia il supporto tra pari e come si traduca in servizi di supporto tra pari.

Cos'è la supervisione tra pari, il contesto in cui prospera e come può essere svolta.

Il manuale esplora anche i miti e la realtà della supervisione tra pari, le conoscenze e le risorse necessarie quando si agisce come supervisore tra pari e, infine, le sfide specifiche della supervisione tra pari in contesti multiprofessionali per i supervisori (109).

Sebbene la supervisione da parte di altri senza esperienza vissuta possa essere molto efficace, è necessario in ultima analisi sviluppare la capacità dei professionisti dell'esperienza vissuta di fornire supervisione. Di norma, le persone con esperienza vissuta dovrebbero essere supervisionate da persone con esperienza vissuta (66).

Gli operatori che si occupano di esperienze vissute/viventi sono particolarmente suscettibili al burnout e ai traumi secondari a causa della natura emotivamente intensa dei loro ruoli. Questi rischi possono portare ad alti tassi di abbandono e a una ridotta efficacia senza un'adeguata cura di sé, supporto tra pari e supporto organizzativo (56,74,110). Una supervisione riflessiva, adattata alle esigenze specifiche degli operatori che si occupano di esperienze vissute/viventi, è fondamentale per sostenere la loro efficacia e il loro benessere, aiutandoli ad affrontare sfide come il superamento dei confini e dei traumi secondari.

Inoltre, vi è un crescente riconoscimento dell'utilità di formare i supervisori nella pratica informata sul trauma (108,111). Reti di supporto strutturate, come sessioni di supervisione di gruppo, possono migliorare la resilienza e mitigare i sentimenti di isolamento (56,74).

Fornire accesso a risorse per la salute mentale e programmi di benessere garantisce inoltre che questi professionisti possano gestire efficacemente le richieste emotive del ruolo (112,113).

Case study 8 – Paesi Bassi

Molti professionisti dell'esperienza vissuta e facilitatori esperti per esperienza per il recupero sono presenti in tutti i Paesi Bassi (Regno dei Paesi Bassi). L'Enik Recovery College ha diverse sedi e si distingue per il suo approccio unico al recupero, che si concentra sullo sviluppo personale e sull'autoesplorazione piuttosto che sui metodi di trattamento tradizionali. Ciò che lo distingue è la flessibilità del programma: offre una gamma di workshop, formazione settimanale e ritiri a tempo pieno che consentono alle persone di scegliere l'approccio più adatto alle proprie esigenze. Il College promuove un ambiente di apprendimento in cui i partecipanti acquisiscono nuove conoscenze e si impegnano in un continuo autoesame per comprendere meglio le proprie esperienze e vulnerabilità. Il ruolo paritario dei facilitatori – pari con esperienza vissuta – crea un'atmosfera collaborativa, portando a un'esperienza più aperta e relazionabile. Corsi di formazione e opportunità sono disponibili per facilitare la formazione dei lavoratori tra pari attraverso college di recupero come l'Enik Recovery College (114). Inoltre, l'approccio globale alla riabilitazione psicosociale è ben consolidato nei Paesi Bassi (Regno Unito) e in altri paesi europei, e i programmi di formazione forniscono anche moduli sul coaching di gruppo (115). È stato inoltre sviluppato un programma di tutoraggio tra pari per giovani adulti nelle aree rurali (116). Nel 2013, l'Istituto nazionale Trimbos e GGZ Nederland hanno sviluppato un profilo di competenza per specialisti tra pari, seguito da un curriculum formativo nel 2015. Le autorità sanitarie olandesi mirano a stabilire una professione e un ruolo ufficialmente riconosciuti per gli specialisti tra pari in ambito sanitario (117).

Case study 9 – Polonia

La rete polacca Mental Health Buddies Network offre supporto emotivo e guida pratica tra pari. Volontari universitari qualificati fungono da compagni/mentor, aiutando i coetanei ad affrontare le sfide quotidiane, incoraggiandoli a cercare un supporto psicologico professionale e offrendo una compagnia non giudicante. Si concentrano inoltre fortemente sull'educazione alla salute mentale, organizzando campagne di sensibilizzazione ed eventi per combattere lo stigma e insegnare una comunicazione efficace. Il programma Mental Health Buddies Network offre anche formazione per volontari che si occupano di esperienze di vita vissute (118).

Case study 10 – Estonia

Il modello di professionisti dell'esperienza vissuta/viva in Estonia è un approccio orientato al recupero, collaborativo e guidato dall'istruzione gestito da organizzazioni non governative come Heaolu Ja Taastumise Kool (119,120). I professionisti dell'esperienza vissuta/viva sono noti in Estonia come consulenti; sono persone che hanno sperimentato un problema di salute mentale e se ne sono riprese bene. I professionisti sono tenuti a completare sette moduli per un totale di 182 ore, comprese 30 ore di supervisione da parte di un professionista clinico e 20 ore supervisionate dall'istituto di formazione (121).

Azione 6. Espandere l'accesso attraverso strumenti accessibili e digitali



Obiettivo

Le piattaforme digitali dovrebbero essere utilizzate per aumentare l'accessibilità e la portata degli operatori dell'esperienza vissuta, in particolare nelle aree remote e per le popolazioni svantaggiate.



Step d'azione

Gli stakeholder dovrebbero:

1. programmi che consentono agli operatori dell'esperienza vissuta di fornire supporto virtuale;
2. nelle tecniche di coinvolgimento digitale per migliorare la loro efficacia negli ambienti online;
3. ampliare l'accesso all'esperienza vissuta e alla formazione dei professionisti, in particolare per gli individui che vivono in regioni geograficamente isolate;
4. per la collaborazione internazionale, consentendo agli operatori dell'esperienza vissuta e ai decisori politici di condividere le migliori pratiche e innovazioni.

La tecnologia digitale offre ampie opportunità per ampliare la portata e l'accessibilità dei professionisti dell'esperienza vissuta.

La pandemia di coronavirus (COVID-19) ha accelerato l'adozione della telemedicina, creando nuove opportunità per questi professionisti (122). Gli specialisti del supporto tra pari possono fornire servizi tramite chiamate telefoniche, servizi basati su videoconferenza, messaggi di testo SMS, applicazioni per smartphone e social media, nonché attraverso tecnologie emergenti come la realtà virtuale e i videogiochi (123).

Le piattaforme digitali consentono ai professionisti dell'esperienza vissuta/vivente di fornire supporto a distanza, raggiungendo individui in aree sottoservite o geograficamente isolate (41).

Possono offrire una comunità online diversificata e sicura per integrare gli interventi sanitari, molto di più se queste tecnologie e comunità sono co-create. Ad esempio, la Finlandia ha implementato gruppi di supporto tra pari virtuali che consentono alle persone nelle regioni rurali di accedere ai servizi senza spostarsi (124). Il servizio Togetherall del Regno Unito fornisce una combinazione di approcci psicosociali, educativi, orientati al recupero e all'auto-cura tramite una piattaforma online anonima (125). L'integrazione di professionisti che si occupano di esperienze vissute/viventi nelle iniziative di salute digitale è anche una strada promettente per aumentare la scalabilità e l'accessibilità. Ciò consentirebbe alle persone di accedere al supporto per la salute mentale da remoto, garantendo al contempo che le loro voci siano rappresentate nella progettazione tecnologica e nelle prove empiriche sul recupero e sulla salute mentale (126,127).

Conclusione

In un approccio contemporaneo all'erogazione di servizi di salute mentale incentrato sul recupero, sull'autonomia e sui diritti dell'individuo, l'integrazione di professionisti che si occupano di esperienze vissute nei sistemi sanitari e sociali è fondamentale per realizzare un'assistenza sanitaria mentale orientata al recupero. L'esperienza vissuta è stata descritta come la saggezza che nasce dall'esperienza e, spesso, dal recupero da una sfida di salute mentale, definendo il recupero come un processo personale che porta a una vita significativa. I professionisti che si occupano di esperienze vissute offrono prospettive e competenze uniche, migliorano l'inclusività dei servizi e colmano le lacune tra le strutture sanitarie tradizionali e gli utenti. Nonostante il crescente riconoscimento della sua importanza, l'integrazione dei ruoli basati sull'esperienza vissuta si scontra con sfide sistemiche, tra cui la resistenza da parte del personale tradizionale, i vincoli politici e le incoerenze nei finanziamenti. Allo stesso tempo, offre anche l'opportunità di innovazione nella salute digitale e negli approcci basati sulla comunità. Comprendere il potenziale trasformativo dei professionisti dell'esperienza vissuta e delle loro competenze è fondamentale per immaginare un futuro in cui i sistemi di salute mentale siano accessibili a tutti. In questo contesto, lo scopo di questa roadmap co-creata è quello di definire un percorso con azioni raccomandate da una prospettiva basata sull'evidenza che supporterà i sistemi sanitari e le organizzazioni nell'integrazione dei professionisti dell'esperienza vissuta come competenze paritarie ed essenziali

nello sviluppo di servizi orientati al recupero e nell'offerta di opportunità per un migliore benessere per coloro che utilizzano tali servizi. L'implementazione di questa roadmap contribuirà alla creazione di servizi veramente incentrati sulla persona di cui tutti possono essere orgogliosi e che sono degni di coloro che forniscono e utilizzano tali servizi.

Referenze 1

1. PiatM, Sabetti J, BloomD. The transformation of mental health services to a recovery-orientated system of care: Canadian decision maker perspectives. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(2):168–77 (<https://doi.org/10.1177/0020764008100801>).1
2. Toolkit: co-creating in mental health. Brussels: Mental Health Europe; 2022 (<https://www.mentalhealtheurope.org/library/co-creation-toolkit/>).
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16(4):11–23 (<https://doi.org/10.1037/h0095655>).
4. QualityRights materials for training, guidance and transformation. In: World Health Organization [website]. World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-quality-rights-guidance-and-training-tools>).
5. Norton MJ, Swords C. Social recovery: a new interpretation to recovery-orientated services – a critical literature review. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2021;16(1):7–20 (<https://doi.org/10.1108/JMHT-EP-06-2020-0035>).
6. Borg M, Davidson L. The nature of recovery as lived in everyday experience. *J Ment Health*. 2008;17(2):129–40 (<https://doi.org/10.1080/09638230701498382>).
7. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*. 2011;20(4):392–411 (<https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>).
8. Myrick K, Del Vecchio P. Peer support services in the behavioral healthcare workforce: state of the field. *Psychiatr Rehabil J*. 2016;39(3):197–203 (<https://doi.org/10.1037/prj0000188>).
9. Crowther A, Taylor A, Toney R, Meddings S, Whale T, Jennings H et al. The impact of recovery colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(5):481–8 (<https://doi.org/10.1017/S204579601800063X>).
10. Walker G, Bryant W. Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatr Rehabil J*. 2013;36(1):28–34 (<https://doi.org/10.1037/h0094744>).
11. Addo R, Ginder V, Nedegaard R. The role of peer support in recovery from psychiatric symptoms: a moderation analysis. *Community Ment Health J*. 2022;58(6):1141–5 (<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00923-5>).
12. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). New York: United Nations; 2008 (<https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd>).

¹ Tutti i riferimenti sono stati consultati il 12-14 maggio 2025.

13. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):445–52 (<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>).
14. Balková M. Engaging peer consultants in mental health services: narrative research. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68(2):411–9 (<https://doi.org/10.1177/00207640211000371>).
15. Balková M. A qualitative study of the experience of peer workers in the Czech Republic. *Community Ment Health J*. 2022;58(3):429–36 (<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00832-7>).
16. Abraham S, Perez P. Bridging the gap with peer support: Patricia's recovery story. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018;56(3):7–11 (<https://doi.org/10.3928/02793695-20171027-01>).
17. Krumm S, Haun M, Hiller S, Charles A, Kalha J, Niwemuhwezi J et al. Mental health workers' perspectives on peer support in high-, middle- and low income settings: a focus group study. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):604 (<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04206-5>).
18. Hegedüs A, Burr C, Pfluger V, Sieg D, Nienaber A, Schulz M. Peer support worker training: results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany. *Int J Mental Health Nurs*. 2021;30(2):451–60 (<https://doi.org/10.1111/inm.12805>).
19. Tate MC, Roy A, Pinchinat M, Lund E, Fox JB, Cottrill S et al. Impact of being a peer recovery specialist on work and personal life: implications for training and supervision. *Community Ment Health J*. 2022;58(1):193–204 (<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00811-y>).
20. Hamilton AB, Chinman M, Cohen AN, Oberman RS, Young AS. Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. *J Behav Health Serv Res*. 2015;42(1):100–8 (<https://doi.org/10.1007/s11414-013-9365-8>).
21. Kane L, Portman RM, Eberhardt J, Walker L, Proctor E, Poulter H et al. Peer supporters' mental health and emotional wellbeing needs: key factors and opportunities for co-produced training. *Health Expect*. 2023;26(6):2387–95 (<https://doi.org/10.1111/hex.13836>).
22. Kowalski MA. Mental health recovery: the effectiveness of peer services in the community. *Community Ment Health J*. 2020;56(3):568–80 (<https://doi.org/10.1007/s10597-019-00514-5>).
23. Owen D, Watson E, Repper J. The role of lived experience within health and social care systems. Nottingham: Imroc; 2024 (Imroc Briefing Paper No. 26; <https://www.imroc.org/publications/26-the-role-of-lived-experience-within-health-and-social-care-systems>).
24. Erasmus+ "European profile for Peer Support Workers" [website]. Grone-Bildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe GmbH; 2022 (<https://www.grone.de/erasmus-european-profile-for-peer-support-workers/>).
25. Mental Health Engagement Framework 2024-2028. Dublin: Health Service Executive; 2024 (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-engagement-and-recovery/guidance-and-support-documents/>).

26. Happell B, O'Donovan A, Sharrock J, Warner T, Gordon S. Understanding the impact of expert by experience roles in mental health education. *Nurse Educ Today*. 2022;111:105324 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105324>).
27. Aylott LME, Tiffin PA, Brown S, Finn GM. Great expectations: views and perceptions of professionalism amongst mental health services staff, patients and carers. *J Ment Health*. 2022;31(1):139–46 (<https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1818195>).
28. Bajraktarov S, Kalpak G, Jovanovic N. Community mental healthcare: new developments and innovative strategies. *Curr Opin Psychiatry*. 2020;33(5):491–500 (<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000629>).
29. Reis G, Bromage B, Rowe M, Restrepo-Toro ME, Bellamy C, Costa M et al. Citizenship, social justice and collective empowerment: living outside mental illness. *Psychiatr Q*. 2022;93(2):537–46 (<https://doi.org/10.1007/s11126-021-09968-x>).
30. Shalaby RAH, Agyapong VIO. Peer support in mental health: literature review. *JMIR Ment Health*. 2020;7(6):e15572 (<https://doi.org/10.2196/15572>).
31. Forchuk C, Martin ML, Sherman D, Corring D, Srivastava R, O'Regan T et al. An ethnographic study of the implementation of a transitional discharge model: peer supporters' perspectives. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14(1):18 (<https://doi.org/10.1186/s13033-020-00353-y>).
32. Baxter L, Burton A, Fancourt D. Community and cultural engagement for people with lived experience of mental health conditions: what are the barriers and enablers? *BMC Psychol*. 2022;10(1):71 (<https://doi.org/10.1186/s40359-022-00775-y>).
33. Hurley J, Cashin A, Mills J, Hutchinson M, Kozlowski D, Graham I. Qualitative study of peer workers within the 'Partners in Recovery' programme in regional Australia. *Int J Mental Health Nurs*. 2018;27(1):187–95 (<https://doi.org/10.1111/inm.12308>).
34. Gupta V, Golding L, Eames C, Greenhill B, Qi R, Allan S et al. Understanding the identity of lived experience researchers and providers: a conceptual framework and systematic narrative review. *PsyArXiv Preprints*; 2022 (<https://doi.org/10.31234/osf.io/gjh2c>).
35. Lorenz-Artz K, Bierbooms J, Bongers I. Introducing peer-supported open dialogue in changing mental health care. *Front Psychol*. 2023;13:1056071 (<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1056071>).
36. Toolkit to support peer support workers working in the Health Service Executive. Dublin: Health Service Executive; 2019 (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/mental-health-engagement-and-recovery/guidance-and-support-documents/>).
37. Naughton L, Collins P, Ryan M. Peer support workers: a guidance paper. Dublin: Health Service Executive; 2015 (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/mental-health-engagement-and-recovery/guidance-and-support-documents/>).

38. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health. Brussels: European Commission; 2023 (COM(2023) 298 final; https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health_en).
39. Guidance on mental health policy and strategic action plans: module 2: key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/380466>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
40. Payne M. Peer support in mental health: a narrative review of its relevance to social work. *Egypt J Soc Work*. 2017;4(1):19–40 (<https://doi.org/10.21608/ejsw.2017.8725>).
41. Van Genk C, Roeg D, Van Vugt M, Van Weeghel J, Van Regenmortel T. Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: a scoping review. *Front Psychiatry*. 2023;14:1156235 (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1156235>).
42. Mental health systems capacity in European Union Member States, Iceland and Norway. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378308>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
43. Guerrero Z, Kågström A, Aliev A, Tomášková H, Yon Y, Lazzeri L et al. Mental health plans and policies across the WHO European Region. *Glob Ment Health (Camb)*. 2024;11:e110 (<https://doi.org/10.1017/gmh.2024.88>).
44. A National Framework for Recovery in Mental Health. Dublin: Health Service Executive; 2024 (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/mental-health-engagement-and-recovery/guidance-and-support-documents/>).
45. Certificate in peer support working in mental health. In: Dublin City University [website]. Dublin City University; 2025 (<https://www.dcu.ie/courses/undergraduate/school-nursing-psychotherapy-and-community-health/certificate-peer-support>).
46. Peer support practice. In: Atlantic Technological University [website]. Atlantic Technological University; 2025 (<https://www.atu.ie/courses/certificate-peer-support-practice>).
47. Ruud T, Friis S. Community-based mental health services in Norway. *Consort Psychiatr*. 2021;2(1):47–54 (<https://doi.org/10.17816/CP43>).
48. Sørly R, Sivertsen K, Stalsberg Mydland T. An exploration of recovery competence among Norwegian peer workers in substance abuse services. *Soc Work Ment Health*. 2022;20(1):44–59 (<https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1968988>).
49. Strifeldt M. About the Norwegian association of peer support workers [website]. Erfaringsentrum; 2021 (<https://erfaringsentrum.no/about-the-norwegian-association-of-peer-support-workers/>).
50. KBT Competence Center for Lived Experience and Service Development [website]. KBT Competence Center for Lived Experience and Service Development; 2025 (<https://kbtkompetans.no/en/we-offer/vocational-school-for-peer-support/>).

51. Bower P, Roberts C, O'Leary N, Callaghan P, Bee P, Fraser C et al. A cluster randomised controlled trial and process evaluation of a training programme for mental health professionals to enhance user involvement in care planning in service users with severe mental health issues (EQUIP): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2015;16(1):348 (<https://doi.org/10.1186/s13063-015-0896-6>).
52. Kent M. Developing a strategy to embed peer support into mental health systems. *Adm Policy Ment Health*. 2019;46(3):271–6 (<https://doi.org/10.1007/s10488-018-0912-8>).
53. Mulvale G, Green J, Robert G, Larkin M, Vackerberg N, Kjellström S et al. Adopting, implementing and assimilating coproduced health and social care innovations involving structurally vulnerable populations: findings from a longitudinal, multiple case study design in Canada, Scotland and Sweden. *Health Res Policy Sys*. 2024;22(1):42 (<https://doi.org/10.1186/s12961-024-01130-w>).
54. Harrison J, Lange A, Chapleua A. Mental health peer career pathways and impact: the results of lived experience on recovery. *Ment Health Hum Resilience Int J*. 2021;5(1):000142 (<https://doi.org/10.23880/mhrij-16000142>).
55. Huber MA, Metze R, Veldboer L, Stam M, Van Regenmortel T, Abma T. The role of a participatory space in the development of citizenship. *J Soc Intervention*. 2019;28(1):39 (<https://doi.org/10.18352/jsi.583>).
56. Scanlan JN, Still M, Radican J, Henkel D, Heffernan T, Farrugia P et al. Workplace experiences of mental health consumer peer workers in New South Wales, Australia: a survey study exploring job satisfaction, burnout and turnover intention. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):270 (<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02688-9>).
57. Gray M, Davies K, Butcher L. Finding the right connections: peer support within a community-based mental health service. *Int J Soc Welfare*. 2017;26(2):188–96 (<https://doi.org/10.1111/ijsw.12222>).
58. Lawn S. Integrating service user participation in mental health care: what will it take? *Int J Integr Care*. 2015;15:e004 (<https://doi.org/10.5334/ijic.1992>).
59. Schlesinger K. Storytelling as a tool to advance awareness of human rights [blog post]. Norwegian Human Rights Fund; [undated] (<https://nhrf.no/blog/storytelling-as-a-tool-to-advance-awareness-of-human-rights>).
60. Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379124>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
61. Nixdorf R, Kotera Y, Baillie D, Garber Epstein P, Hall C, Hiltensperger R et al. Development of the UPSIDES global mental health training programme for peer support workers: perspectives from stakeholders in low, middle and high-income countries. *PLoS One*. 2024;19(2):e0298315 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298315>).

62. Rebeiro Gruhl KL, LaCarte S, Calixte S. Authentic peer support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. *J Ment Health*. 2016;25(1):78–86 (<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057322>).
63. Wall A, Lovheden T, Landgren K, Stjernswärd S. Experiences and challenges in the role as peer support workers in a Swedish mental health context – an interview study. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43(4):344–55 (<https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1978596>).
64. Nordic and Baltic cooperation for Peer Support Workers [website]. Peer-Partnerskabet; 2025 (<https://peerpartnerskabet.dk/projekter/nordic-and-baltic-cooperation-for-peer-support-workers/>).
65. Shankland M, Ferrand A, Ganache I, Côté MA, Pomey MP. Ethical foundations of the accompanying patient's role for an enhanced patient experience: a scoping review. *J Pers Med*. 2022;13(1):77 (<https://doi.org/10.3390/jpm13010077>).
66. National practice guidelines for peer specialists and supervisors. Washington, DC: National Association of Peer Supporters; 2019 (<https://www.peersupportworks.org/national-practice-guidelines/>).
67. Lequin P, Suter C, Mazallon R, Brodard R, Abrahamyan Empson L, Robalo B et al. Integration of a peer practitioner in a hospital unit for patients with psychotic disorders: an exploratory qualitative study. *Front Psychiatry*. 2023;14:1244433 (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1244433>).
68. Gillard S, Holley J, Gibson S, Larsen J, Lucock M, Oborn E et al. Introducing new peer worker roles into mental health services in England: comparative case study research across a range of organisational contexts. *Adm Policy Ment Health*. 2015;42(6):682–94 (<https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>).
69. Phipps M, Barnes T, Morrison J. Lived experience of peer-clinician collaboration in a mental health service. *Int J Mental Health Nurs*. 2023;32(2):615–9 (<https://doi.org/10.1111/inm.13101>).
70. Repper J, Perkins R. The team recovery implementation plan: a framework for creating recovery-focused services. Nottingham: Imroc; 2013 (Imroc Briefing Paper No. 6; <https://www.imroc.org/publications/the-team-recovery-implementation-plan-a-framework-for-creating-recovery-focused-services>).
71. Jenkins GT, Shafer MS, Janich N. Critical issues in leadership development for peer support specialists. *Community Ment Health J*. 2020;56(6):1085–94 (<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00569-9>).
72. Nash E, Taplin S, Rust LJ, Percival R. Staff experiences of working alongside peer support workers in forensic mental health community teams: a qualitative study. *J Forensic Pract*. 2022;24(4):354–63 (<https://doi.org/10.1108/JFP-05-2021-0030>).
73. Reeves V, Loughhead M, Halpin MA, Procter N. Organisational actions for improving recognition, integration and acceptance of peer support as identified by a current peer workforce. *Community Ment Health J*. 2024;60(1):169–78 (<https://doi.org/10.1007/s10597-023-01179-x>).

74. Zeng G, McNamara B. Strategies used to support peer provision in mental health: a scoping review. *Adm Policy Ment Health*. 2021;48(6):1034–45 (<https://doi.org/10.1007/s10488-021-01118-6>).
75. Peer support groups at service centres [website]. Helsinki; 2025 (<https://www.hel.fi/en/health-and-social-services/peer-support-groups-at-service-centres>).
76. Kivistö M, Martin M, Hautala S, Soronen K. Facilitators and challenges of integrating experts by experience activity in mental health services: experiences from Finland. *Community Ment Health J*. 2023;59(3):540–51 (<https://doi.org/10.1007/s10597-022-01039-0>).
77. Peer support [website]. Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe; 2025 (<https://www.gamian.eu/peersupport/>).
78. Expert by experience and peer supporter [website]. Kokemustiedon Keskus; 2025 (<https://kokemustiedonkeskus.fi/en/projects-and-training/training/expert-by-experience-and-peer-supporter/>).
79. Al-Adili L, Malmqvist M, Reinius M, Helispää Rodriguez I, Stenfors T, Brommels M. Implementation of a recovery college embedded in a Swedish psychiatry organization: qualitative case study. *J Particip Med*. 2024;16:e55882 (<https://doi.org/10.2196/55882>).
80. Riktlinjer för utbildning, implementering och anställning – Metodhandbok [Guidelines for training, implementation and employment – methodology manual]. Stockholm: Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa; 2019 (<https://nsph.se/butik/informationsmaterial/metodhandbok-peer-support/>) (in Swedish).
81. Klockmo C, Marnetoft SU, Nordenmark M. Moving toward a recovery-oriented approach in the Swedish mental health system – an interview study of Personligt Ombud in Sweden. *Vulnerable Groups & Inclusion*. 2012;3(1):18879 (<https://doi.org/10.3402/vgi.v3i0.18879>).
82. Grim K, Bergmark M, Argentzell E, Rosenberg D. Managing peer support workers in Swedish mental health services – a leadership perspective on implementation and sustainability. *J Psychosoc Rehabil Ment Health*. 2023;10(3):313–29 (<https://doi.org/10.1007/s40737-022-00311-6>).
83. Slay J, Stephens L. Co-production in mental health: a literature review. London: New Economics Foundation; 2013 (<https://neweconomics.org/2013/11/co-production-mental-health>).
84. Penney D, Prescott L. The co-optation of survivor knowledge: the danger of substituted values and voice. In: Russo J, Sweeney A, editors. *Searching for a rose garden: challenging psychiatry, fostering mad studies*. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2016: 35–45.
85. Coproduction in mental health toolkit [website]. Bath: National Development Team for Inclusion; 2025 (<https://www.ndti.org.uk/resources/coproduction-in-mental-health-toolkit>).
86. Norton M. Co-production in mental health: implementing policy into practice, first edition. London: Routledge; 2022 (<https://www.taylorfrancis.com/books/9781003241423>).

87. History of Whānau Ora. In: Horouta Whānau Ora [website]. Horouta Whānau Ora; 2025 (<https://www.horoutawhanauora.com/history-of-whanau-ora/>).
88. Community based intervention for mental health care of asylum-seekers and refugees in Greece [website]. Association for Regional Development and Mental Health; 2023 (<https://www.epapsy.gr/en/cpw-community-based-intervention-for-mental-health-care-of-asylum-seekers-and-refugees-in-greece/>).
89. Otte I, Werning A, Nossek A, Vollmann J, Juckel G, Gather J. Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: results from a qualitative interview study. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(3):263–9 (<https://doi.org/10.1177/0020764020904764>).
90. Rennick-Egglestone S, Ramsay A, McGranahan R, Llewellyn-Beardsley J, Hui A, Pollock K et al. The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: qualitative analysis and change model. *PLoS One*. 2019;14(12):e0226201 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226201>).
91. Ben-Dor IA, Kraus E, Goldfarb Y, Grayzman A, Puschner B, Moran GS. Perspectives and experiences of stakeholders on self-disclosure of peers in mental health services. *Community Ment Health J*. 2024;60(7):1308–21 (<https://doi.org/10.1007/s10597-024-01287-2>).
92. Kotera Y, Newby C, Charles A, Ng F, Watson E, Davidson L et al. Typology of mental health peer support work components: systematised review and expert consultation. *Int J Ment Health Addiction*. 2025;23(1):543–59 (<https://doi.org/10.1007/s11469-023-01126-7>).
93. Charles A, Nixdorf R, Ibrahim N, Meir LG, Mpango RS, Ngakongwa F et al. Initial training for mental health peer support workers: systematized review and international Delphi consultation. *JMIR Ment Health*. 2021;8(5):e25528 (<https://doi.org/10.2196/25528>).
94. The competence framework for mental health peer support workers [website]. Royal College of Psychiatrists; 2025 (<https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/nccmh/competence-frameworks/the-competence-framework-for-mental-health-peer-support-workers>).
95. Peer support workers. In: Health Service Executive [website]. Health Service Executive; 2024 (<https://www.hse.ie/eng/staff/jobs/eligibility-criteria/peer-support-workers.html>).
96. Franke CCD, Paton BC, Gassner LAJ. Implementing mental health peer support: a South Australian experience. *Aust J Prim Health*. 2010;16(2):179 (<https://doi.org/10.1071/py09067>).
97. Amering M, Mikus M, Steffen S. Recovery in Austria: mental health dialogue. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(1):11–8 (<https://doi.org/10.3109/09540261.2012.655713>).
98. Peer to peer: a route to recovery of people with mental illness through peer support training and employment [website]. European Platform for Rehabilitation; 2025 (<https://www.epr.eu/peer-to-peer-a-route-to-recovery-of-people-with-mental-illness-through-peer-support-training-and-employment/>).
99. Klúbburinn Geysir [The Geysir Club] [website]. Klúbburinn Geysir; 2025 (<https://klubburinngeysir.is/>) (in Icelandic).

100. Rehabilitation at Virkniðús Engagement Center [website] Reykjavík City; 2025 (<https://reykjavik.is/en/engagement-and-rehabilitation/virknihus-engagement-center>).
101. Batamiðað nám um geðheilsu og bætt lífsgæði [Recovery-oriented learning about mental health and improved quality of life] [website]. Bataskóli Íslands; 2025 (<https://www.bataskoli.is>) (in Icelandic).
102. Hvað er Hugarafi? [What is Mindpower?] [website]. Hugarafi; 2025 (<https://hugarafi.is/hvad-er-hugarafi/>) (in Icelandic).
103. Villani M, Kovess-Masféty V. Les programmes de pairs aidants en santé mentale en France: état de situation et difficultés de mise en place [Peer support programmes in mental health in France: current situation and implementation difficulties]. *L'Encéphale*. 2018;44(5):457–64 (<https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.01.003>) (in French).
104. The CoFoR Project (Recovery Training Centre) [website]. Transform; 2021 (<https://transform-integratedcommunitycare.com/casesstudyy/the-cofor-project-recovery-training-centre/>).
105. GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences [GHU Paris Psychiatry & Neurosciences] [website]. GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences; 2024 (<https://www.ghu-paris.fr/fr>) (in French).
106. Gardien E, Laval C. The institutionalisation of peer support in France: development of a social role and roll out of public policies. *Alter*. 2019;13(2):69–82 (<https://doi.org/10.1016/j.alter.2018.09.002>).
107. WHOCC (Lille – France): World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training In Mental Health (English presentation). Etablissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole; 2024 (<https://www.epsm-lille-metropole.fr/le-ccoms>).
108. Stefancic A, Bochicchio L, Tuda D, Harris Y, DeSomma K, Cabassa LJ. Strategies and lessons learned for supporting and supervising peer specialists. *Psychiatr Serv*. 2021;72(5):606–9 (<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000515>).
109. The supervision of peer support specialists. New York: Peer Support Services Technical Assistance Center; 2018 (https://peertac.org/wp-content/uploads/2024/06/PTAC-030_Supervision_Guide_06.07.24-3.pdf).
110. Klingemann J, Sienkiewicz-Jarosz H, Molenda B, Świtaj P. Peer support workers in mental health services: a qualitative exploration of emotional burden, moral distress and strategies to reduce the risk of mental health crisis. *Community Ment Health J*. 2025;61(4):629–38 (<https://doi.org/10.1007/s10597-024-01370-8>).
111. Castles C, Stewart V, Slattery M, Bradshaw N, Roennfeldt H. Supervision of the mental health lived experience workforce in Australia: a scoping review. *Int J Mental Health Nurs*. 2023;32(6):1654–71 (<https://doi.org/10.1111/inm.13207>).
112. Byrne L, Roennfeldt H, Wolf J, Linfoot A, Foglesong D, Davidson L et al. Effective peer employment within multidisciplinary organizations: model for best practice. *Adm Policy Ment Health*. 2022;49(2):283–97 (<https://doi.org/10.1007/s10488-021-01162-2>).

113. Prat Vigué G, Cano Prieto I, Del Río Sáez R, Vilanova Masana R, Simó Algado S. Training peer support workers in mental health care: a mixed methods study in central Catalonia. *Front Psychiatry*. 2022;13:791724 (<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.791724>).
114. Werken bij Enik [Working at Enik] [website]. Enik Recovery College; 2025 (<https://www.werken-bij-enik.nl/over-ons/werken-bij-enik/>) (in Dutch).
115. CARE Academy [website]. The CARE Network; 2025 (<https://thecare-network.com/care-academy-3/>).
116. Commandeur I. Developing a peer mentoring program to promote mental health in young adults living in rural North-Holland [Master's thesis]. Vrije Universiteit Amsterdam; 2022 (<https://research.vu.nl/en/publications/developing-a-peer-mentor-ing-program-to-promote-mental-health-in-y>). Licence: CC BY-NC-SA.
117. Netherlands. In: PowerUs [website]. PowerUs; 2025 (<https://powerus.eu/countries/netherlands/>).
118. Rosińska M. Mental Health Buddies Network (Sieć Przyjaciół Zdrowia Psychicznego). In: Humanity in Action [website]. Humanity in Action; 2025 (https://humanityinaction.org/action_project/mental-health-buddies-network-siec-przyjaciol-zdrowia-psychicznego/).
119. Well-Being and Recovery College Estonia [website]. Heaolu ja Taastumise Kool; 2025 (<http://heakool.ee/eng/>).
120. Peer counselling for those with mental illness [website]. Tallinn; 2022 (<https://www.tallinn.ee/en/peer-counselling-those-mental-illness>).
121. Kogemusnõustaja koolituskava [Experience adviser training plan]. In: Riigi Teataja [website]. Riigi Teataja; 2019 (<https://www.riigiteataja.ee/akt/129122015035?leiaKehtiv>) (in Estonian).
122. Mirbahaeddin E, Chreim S. Transcending technology boundaries and maintaining sense of community in virtual mental health peer support: a qualitative study with service providers and users. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):510 (<https://doi.org/10.1186/s12913-024-10943-y>).
123. Fortuna K, Hill J, Chalker S, Ferron J. Certified peer support specialists training in technology and delivery of digital peer support services: cross-sectional study. *JMIR Form Res*. 2022;6(12):e40065 (<https://doi.org/10.2196/40065>).
124. Peer support groups – Autumn 2022 signup [website]. Substance Abuse and Mental Health Association; 2022 (<https://www.samha.fi/en/peer-support-group-signup-2022/>).
125. Research and evidence [website]. Togetherall; 2025 (<https://togetherall.com/en-gb/about-us/evidence/>).
126. Rowlands H, Aylwin-Foster E, Hotopf M, Rayner L, Simpson A, Lavelle G et al. A qualitative exploration of the psychosocial needs of people living with long-term conditions and their perspectives on online peer support. *Health Expect*. 2023;26(5):2075–88 (<https://doi.org/10.1111/hex.13814>).
127. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):285 (<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>).

Allegato: Strumenti e linee guida sulla salute mentale

Strumenti di formazione e orientamento QualityRights dell'OMS

Human rights: WHO QualityRights core training - for all services and all people: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329538>). Mental health, disability and human rights: WHO QualityRights core training - for all services and all people: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329546>). Freedom from coercion, violence and abuse: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329582>). Legal capacity and the right to decide: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329539>). Recovery and the right to health: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329577>). Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329605>).

Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights specialized training: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329602>). Supported decision-making and advance planning: WHO QualityRights Specialized training: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329609>). Advocacy for mental health, disability and human rights: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329587>). Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329589>). One-to-one peer support by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329591>). Peer support groups by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329594/9789241516778-eng.pdf>).

Linee guida e pacchetti tecnici dell'OMS sui servizi di salute mentale della comunità

Orientamento generale

Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341648>).

Sette pacchetti tecnici

Community mental health centres: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341642>). Community outreach mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341644>). Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341646>). Hospital-based mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341647>). Mental health crisis services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341637>). Peer support mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341643>).

Supported living services for mental health: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341645>).

Strumenti di qualità dell'OMS per la valutazione e la trasformazione dei servizi e la promozione dei diritti

WHO QualityRights toolkit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/70927>). Transforming services and promoting human rights: WHO QualityRights training and guidance: mental health and social services: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329611>).

Linee guida dell'OMS per la riforma delle politiche, della pianificazione e della legislazione

Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Geneva: World Health Organization and the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights); 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373126>). Guidance on mental health policy and strategic action plans. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240106796>) WHO Guidance on policy and strategic actions to protect and promote mental health and well-being across government sectors (forthcoming, 2025)

Kit di strumenti Mosaic dell'OMS per porre fine allo stigma e alla discriminazione nella salute mentale

Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health.
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379124>).
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

La Dichiarazione di Heiloo: leadership tra pari e basata sull'esperienza vissuta

Heiloo Declaration: peer and lived experience leadership [website]. Global Leadership Exchange; 2024 (<https://gle.world/peer-and-lived-experience-leadership-match-the-netherlands/>).

The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

Member States

Albania		
Andorra	Greece	Portugal
Armenia	Hungary	Republic of Moldova
Austria	Iceland	Romania
Azerbaijan	Ireland	Russian Federation
Belarus	Israel	San Marino
Belgium	Italy	Serbia
Bosnia and Herzegovina	Kazakhstan	Slovakia
Bulgaria	Kyrgyzstan	Slovenia
Croatia	Latvia	Spain
Cyprus	Lithuania	Sweden
Czechia	Luxembourg	Switzerland
Denmark	Malta	Tajikistan
Estonia	Monaco	Türkiye
Finland	Montenegro	Turkmenistan
France	Netherlands (Kingdom of the)	Ukraine
Georgia	North Macedonia	United Kingdom
Germany	Norway	Uzbekistan
	Poland	

World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Website: www.who.int/europe

Document number:

WHO/EURO:2025-12307-52079-79927 (PDF)

Trasformare la salute mentale attraverso l'esperienza vissuta Roadmap

per l'integrazione dei professionisti dell'esperienza vissuta e di vita nelle politiche, nei servizi e nella comunità