

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
(coordinatore: prof. Gabriella Ba)

Sentieri di Salute: una ricerca sulla montagna e il suo potenziale
riabilitativo

Tesi di Laurea di:

Irene Gentili

Matr. N. 710841

Relatore: chiar.mo prof. Gabriella Ba

Correlatore: prof. Massimo Rabboni

Anno Accademico 2008/2009

*A mio nonno che ha accompagnato la spedizione della Fondazione Bosis alla
piramide dell'Everest*

A mia nonna, abilissima sarta e abilissima cuoca

A babbo e mamma che mi hanno insegnato a sognare

Indice

Capitolo 1: Introduzione	pag. 5
1.1 <i>Brevi cenni storici sulla nascita della montagna terapia in Italia</i>	pag. 6
1.2 <i>Definizione di montagna terapia</i>	pag. 7
1.3 <i>La montagna come setting strategico</i>	pag. 10
1.4 <i>Potenzialità dello strumento e risultati</i>	pag. 11
Capitolo 2: Caratteristiche di un gruppo di montagna terapia	pag. 25
<i>Riflessione sui risultati dei questionari compilati da alcuni gruppi già attivi in Italia</i>	pag. 26
2.1 <i>Tipologie di strutture e loro capillarità sul territorio italiano</i>	pag. 30
2.2 <i>Pazienti</i>	pag. 32
2.3 <i>Operatori</i>	pag. 37
2.4 <i>Tecniche</i>	pag. 41
2.5 <i>Modalità di svolgimento dei gruppi di montagna terapia</i>	pag. 44
Capitolo 3: Valutazione dei risultati	pag. 48
3.1 <i>Frequenza delle valutazioni nei gruppi di montagna terapia</i>	pag. 49
3.2 <i>Strumenti di valutazione</i>	pag. 50
Capitolo 4: Risultati e limiti della montagna terapia	pag. 54
4.1 <i>Aree di miglioramento</i>	pag. 55
4.2 <i>Aree di peggioramento</i>	pag. 60
4.3 <i>Limiti e aspetti legali</i>	pag. 63
Capitolo 5: Un esempio di gruppo di montagna terapia: il gruppo “Sopraimille” del CSM di Arco (TN)	pag. 67
Capitolo 6: La montagna terapia in Italia	pag. 81
6.1 <i>Fondazione Emilia Bosis</i>	pag. 82
6.2 <i>CPS Piario</i>	pag. 85
6.3 <i>Cooperativa Libbra</i>	pag. 86

<i>6.4 DSM La Spezia</i>	pag. 88
<i>6.5 Associazione “Andalas De Amistade”</i>	pag. 91
Capitolo 7: La montagna terapia all'estero	pag. 93
<i>7.1 Svizzera</i>	pag. 94
<i>7.2 Francia</i>	pag. 96
<i>7.3 Spagna</i>	pag. 101
<i>Conclusione</i>	pag. 103
<i>Bibliografia</i>	pag. 104

Capitolo Uno

Introduzione

1.1 Brevi cenni storici sulla nascita della montagna terapia in Italia

Le prime esperienze di montagna terapia, applicata a pazienti affetti da patologie psichiche, sul territorio italiano risalgono alla fine degli anni '90: nel 1997, infatti, la Fondazione Emilia Bosis di Bergamo realizza il progetto "Montagna Solidale", che vede la partecipazione dei pazienti ospiti della comunità e dei loro operatori a escursioni e trekking nazionali, con mete quali Monte Rosa e Monte Bianco, e internazionali, come ad esempio le montagne nepalesi e il Cerro Torre in Patagonia.¹ Sempre nel 1997, nella comunità terapeutica Montesanto dell'ASL Rm E viene dato inizio a quello che ancora oggi è il gruppo di montagna terapia.¹ L'idea nasce quasi per caso in una calda giornata dell'estate romana: come racconta l'educatore Dino Ermini, tuttora responsabile del progetto, gli stessi pazienti preferirono una rinfrescante passeggiata sui colli romani a un'afosa e caotica giornata al mare. L'esperienza piacque a tal punto che si decise di trasformare la semplice camminata in montagna in un gruppo strutturato, che all'inizio prevedeva due uscite mensili con ritorno in giornata, modalità in seguito sostituita da una sola escursione al mese che prevedeva anche il pernottamento in rifugio.²

Nel 2003 alcuni operatori del Centro di Salute Mentale di Arco (TN), decisero di utilizzare "*l'ambiente montagna*"³ all'interno delle pratiche riabilitative legate al disagio psichico, realizzando al progetto "Sopraimille" in collaborazione con la Società Alpinisti Tridentini- Club Alpino Italiano (S.A.T.-C.A.I.) di Riva del Garda (TN).⁴ L'interesse del dottor Sandro Carpineta, psichiatra dell'APSS di Trento, per il tema della montagna terapia portò alla creazione del primo seminario esperienziale, organizzato dalla S.A.T. di Riva del Garda e dall'Azienda Sanitaria della Provincia di Trento, al Rifugio Pernici dal 28 al 30 settembre 2004. L'incontro permise agli organizzatori di fare una mappatura dei progetti già attivi sul territorio nazionale e gettò le basi per la costruzione del coordinamento dei gruppi esistenti.⁵

Visto il successo dell'incontro, si decise di replicare l'anno successivo con il corso di formazione "Sopraimille – montagna terapia e psichiatria" svoltosi sempre presso il rifugio Pernici dal 9 all'11 settembre. Durante l'incontro nacque l'idea di raccogliere le esperienze e il materiale legato alla montagna terapia su un sito che prese il nome proprio dal progetto "Sopraimille".⁵ L'impegno nel creare una rete che potesse collegare i vari gruppi si concretizzò ulteriormente con il convegno al centro congressi "B. Crepaz" al Passo Pordoi, in località Col di Lana (BL), del 16 e 17

settembre 2006: qui, tenendo conto della capillarità dei progetti di montagna terapia sul territorio italiano, furono individuate nove macrozone e i rispettivi responsabili.⁶ Le macrozone tuttora esistenti sono: Val d'Aosta-Piemonte-Liguria, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto-Friuli Venezia Giulia, Toscana-Emilia Romagna, Marche-Umbria-Abruzzo-Lazio, Campania-Molise-Puglia-Basilicata-Calabria, Sicilia e Sardegna.⁷ Il compito di tali macrogruppi è di creare incontri formativi aperti a chiunque sia interessato a ricevere e a scambiare informazioni riguardanti la montagna terapia. I responsabili delle macrozone inoltre si riuniscono periodicamente per confrontarsi su quanto emerso nelle riunioni locali, per realizzare nuove iniziative e per cercare di rendere scientificamente validi i risultati ottenuti con i propri pazienti e di codificare le metodologie utilizzabili durante le uscite.

L'ottimo lavoro svolto dalle macrozone si è concretizzato ulteriormente in altri convegni quali quelli del 9 marzo 2007 ad Asiago (Vi) ideato dalla zona Veneto-Friuli Venezia Giulia e l'ultimo, dal 14 al 16 novembre 2008 a Riva del Garda organizzato a cinque anni esatti dalla prima uscita del gruppo "Sopraimille"⁸.

L'interesse per la montagna terapia si sta diffondendo in maniera capillare in tutta Italia e sono sempre più numerosi gli enti legati alla salute mentale che stanno utilizzando questa tecnica innovativa all'interno dei percorsi riabilitativi dei propri pazienti.

1.2 Definizione di Montagna terapia

La montagna è da tempo utilizzata come luogo di cura, basti pensare agli innumerevoli esempi di sanatori e terme che, nei secoli addietro sono nati ad alte quote. L'ambiente montano quindi non è di per sé un ambiente di cura, ma alcuni suoi elementi particolari come l'aria o l'acqua diventano terapeutici producendo effetti benefici sulla persona.⁹

Da questa concezione si discosta molto la definizione che Giulio Scoppola e Paolo Di Benedetto hanno dato, negli anni '90, del termine "Montagna terapia", che intendeva codificare metodi, obiettivi e contesto dello strumento terapeutico e riabilitativo rappresentato dalla montagna. Quest'ambiente non è "terapeutico solo perché fa bene" ma perché produce nel paziente cambiamenti e modifiche che risultano molto efficaci ai fini riabilitativi.⁹

La definizione di montagna terapia utilizzata a livello italiano è la seguente:

“Con il termine MONTAGNATERAPIA si intende definire un originale approccio metodologico a carattere terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo, finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura e alla riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità; esso è progettato per svolgersi, attraverso il lavoro delle dinamiche di gruppo, nell’ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna”. La montagna terapia rivolgendosi all’interessa e inscindibilità della persona del sé, considerato nella fondamentale relazione con il contesto secondo il paradigma biopsicosociale, si pone l’obiettivo della promozione di quei processi evolutivi legati alle dimensioni potenzialmente trasformative della montagna.”¹⁰ La montagna assume perciò il ruolo di mediatore: tra paziente e terapeuta, tra paziente e paziente, tra paziente e se stesso¹¹, poiché è un ambiente duro e meraviglioso allo stesso tempo che spinge ad affidarsi agli altri, ma anche a riflettere ed esplorare se stessi. Questo aspetto fa parte della grande ambivalenza che caratterizza l’ambiente montano, in cui vi sono aspre contrapposizioni come quelle tra attrazione e repulsione (ad esempio il desiderio di scalare una parete e la roccia verticale che respinge) o tra alto e basso (lo scopo di un’escursione è salire, ma dopo bisogna scendere, ritornando al suolo da cui si era partiti).¹²

“La Montagna terapia si attua prevalentemente nella dimensione dei piccoli gruppi, anche coordinati tra di loro; utilizza controllate sessioni di lavoro a carattere psicofisico e psicosociale (con forte valenza relazionale ed emozionale), che mirano a favorire un incremento della salute e del benessere generale e, conseguentemente, un miglioramento della qualità della vita.”¹⁰ Il motivo per cui è preferibile optare per gruppi poco numerosi è per far sì che i pazienti vengano seguiti meglio e in maniera più ravvicinata, per evitare scompensi e ansie dovuti all’ostilità dell’ambiente e delle attività proposte. Inoltre in un gruppo ristretto è più facile che si creino quei legami interpersonali tra pazienti, che possono essere mantenuti anche all’esterno e che rappresentano uno dei risultati fondamentali ottenibili grazie alla montagna terapia. Secondo Giuseppe Saglio, psichiatra e coordinatore del Centro di Salute Mentale in Valsesia: *“Il gruppo, non perseguendo obiettivi standardizzati o rigidamente costituiti, ma privilegiando piuttosto un approccio ambientale, una holding di tipo pedagogico-genitoriale, proponendosi in una configurazione familiare e facilitante, accetta posizioni iniziali di passività e incapacità per giungere poi attraverso le funzioni di accompagnamento, con i processi di ricostruzione e di*

riapprendimento, di riconoscimento e di confronto tra il sé/stile di vita individuale e la realtà esterna- a una prospettiva evolutiva di miglioramento e di crescita".¹³ Il gruppo insomma segue l'andamento dei singoli pazienti e la loro evoluzione dal punto di vista riabilitativo ha una ricaduta sugli altri, soprattutto in un ambiente come quello montano, dove la collaborazione e l'affidamento reciproco sono fondamentali per la sopravvivenza stessa.

"Nella montagna terapia, per raggiungere gli obiettivi prefissati, gli interventi socio-sanitari si articolano e s'integrano con le conoscenze culturali e le attività tecniche proprie delle discipline di montagna (frequentazione dell'ambiente montano, pratica escursionistica o alpinistica, sci, arrampicata ecc.), per tempi brevi o per periodi della durata di alcuni giorni (sessioni residenziali), nel corso dell'intero anno". Il lavoro viene in ogni caso integrato con gli eventuali trattamenti medici, psicologici e/o socio-educativi già in atto."¹⁰ La straordinaria variabilità dell'ambiente montano permette di utilizzare numerose tecniche durante le uscite. Andare in montagna non vuol dire fare semplicemente trekking o un'escursione della domenica, ma è anche arrampicare, praticare sport invernali, esplorare una grotta o seguire un percorso di orienteering. Le metodologie utilizzate vanno però calibrate in base alle reali capacità dei pazienti seguiti, per evitare non solo scompensi a livello psichico ma anche incidenti fisici che purtroppo sono tipici di questo ambiente insidioso.¹⁴

"Le attività di montagna terapia richiedono l'utilizzo di comprovate competenze cliniche e l'adozione di appropriate metodologie, che riguardano anche la specifica formazione degli operatori e la verifica degli esiti. Le attività di montagna terapia vengono progettate ed attuate prevalentemente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, o in contesti accreditati, con la collaborazione del Club Alpino Italiano (che ne riconosce ufficialmente le finalità e l'Organizzazione Nazionale), e di altri Enti o Associazioni (accreditate) del settore."¹⁰ L'èquipe degli operatori che si occupano di montagna terapia deve essere composta da figure professionali differenti ma che agiscono secondo obiettivi comuni: il loro ruolo è di creare quell'empatia e quella collaborazione che risultano indispensabili durante le uscite. Inoltre è fondamentale che agiscano in modo da contenere le emozioni dei propri pazienti e che si mostrino disponibili e aperti sia nei confronti dei partecipanti al gruppo, sia verso l'esterno.¹³ è importantissimo però che gli operatori vengano adeguatamente formati per un'esperienza così particolare e ciò spiega perché ci si deve servire della collaborazione di enti specifici quali C.A.I., S.A.T. o altri. Gli esperti della montagna

(guide alpine, soci anziani ecc.) diventano così responsabili della formazione “pratica” degli operatori, insegnando loro quali caratteristiche deve avere un’uscita perché sia sicura e piacevole. D’altra parte gli operatori della salute mentale aiuteranno gli esperti a relazionarsi con i pazienti, aiutandoli anche a superare certe convinzioni legate allo stigma nei confronti della malattia mentale.¹⁵

Altro aspetto fondamentale della montagna terapia è la necessità di monitorare i risultati ottenuti dai singoli pazienti. Un gruppo di montagna terapia non è soltanto composto dalle uscite, ma prevede anche incontri preparatori, verifiche al ritorno dalle escursioni, programmazioni e monitoraggio sui miglioramenti o peggioramenti dei singoli pazienti. Un gruppo di montagna terapia pertanto non va assolutamente confuso con un insieme di pazienti “*che fa una gita in montagna*”², perché si tratta di un vero e proprio gruppo terapeutico che ha una serie di regole ben precise e codificate, inserite nell’ottica più ampia della riabilitazione psichiatrica. Un gruppo di montagna terapia non è poi così diverso da un qualsiasi gruppo di danza o arte terapia in quanto, al di là dell’ambiente particolare in cui si svolge, è altrettanto strutturato e dotato di strumenti propri e di momenti che permettono di valutare i benefici che può avere sui pazienti.

1.3 La montagna come setting strategico

La particolarità dell’ambiente montano fa sì che alcune regole proprie dei setting tradizionali vengano messe in discussione se non addirittura sradicate.¹⁶ La maggior parte dei gruppi riabilitativi si svolge, infatti, in ambienti chiusi o prettamente legati all’ambito dei servizi psichiatrici, cosa che raramente avviene nei gruppi di montagna terapia, dove oltre alle uscite, ci si appoggia a strutture esterne quali rifugi, sedi del C.A.I., palestre di arrampicata eccetera. Si può quindi dire che uno degli aspetti fondamentali e unici della montagna terapia è appunto il fatto stesso di “uscire dalle mura” con tutti gli aspetti, positivi o negativi che questo comporta.¹⁷ La montagna, in quanto ambiente naturale, variabile e non iscrivibile e codificabile in precise regole che lo governano, porta a una potenziale destrutturazione del setting tradizionale, perché vi è un parziale abbattimento delle gerarchie tra pazienti e operatori, che è quasi impossibile da vedere in altri gruppi. I motivi per cui questo fenomeno si verifica sono due: il primo è che durante un’escursione anche gli stessi operatori, sempre visti dai pazienti come figure onnipotenti, mostrano i loro limiti fisici, che

spesso sono simili a quelli degli utenti stessi. Ciò provoca turbamento nei pazienti, che hanno sempre visto i loro operatori come funzionanti e capaci di fare tutto, e ora li colgono nel pieno della loro vulnerabilità, ma rappresenta un aspetto utile per evitare che si sviluppi un'eccessiva dipendenza tra utenti e conduttori del gruppo.¹⁸

Il secondo motivo è attribuibile al fatto che spesso in montagna l'operatore si trova a improvvisare e a cambiare l'azione in corso d'opera. Può, infatti, capitare che il tempo cambi improvvisamente o che il sentiero scelto per l'escursione risulti impraticabile: l'operatore dovrà quindi modificare i suoi piani in modo repentino, senza avere il tempo di riflettere a lungo sulla decisione da prendere e senza potersi confrontare con gli altri membri dell'equipe. Il conduttore quindi non è più il "*leader manifesto*"¹⁹, con cui i pazienti cercano di "*instaurare un rapporto preferenziale magico e di onnipotenza*"²⁰, ma subisce la medesima fatica e a volte lo stesso sconforto degli altri partecipanti al gruppo. Risulta perciò fondamentale la collaborazione con enti esterni e con esperti che assumono quindi il ruolo non solo di guide, ma anche di conduttori effettivi, in un ambiente a tratti disarmante per chi non lo conosce in modo approfondito.

L'apertura verso l'esterno inoltre fa sì che i pazienti si sentano parte integrante del gruppo degli escursionisti non affetti da patologie psichiche, dal momento che condividono con loro lo stesso interesse e la stessa passione per la montagna.²¹ In questo modo i pazienti hanno la possibilità di uscire da un contesto legato alla dipendenza dai servizi di salute mentale e di frequentare allo stesso tempo persone non malate.

Partendo da queste caratteristiche si possono creare dei progetti specifici che hanno comunque a che fare con la montagna: è l'esempio del Centro Diurno "La Gabbianella" di La Spezia, dove lo scopo ultimo del gruppo di montagna terapia è far associare i pazienti al C.A.I. locale per spingerli a proseguire le escursioni anche al di fuori del centro o di un gruppo di cuneo, in cui due pazienti sono diventati guide alpine e si sono appassionati a tal punto di montagna che hanno deciso di trasmettere il loro interesse anche agli altri.

1.4 Potenzialità dello strumento e risultati

La montagna, con le sue innumerevoli sfaccettature, rappresenta uno strumento dall'alto potenziale riabilitativo che può portare i pazienti a compiere grandi

cambiamenti: le esperienze che si possono provare in un gruppo di montagna terapia, infatti, ricadono direttamente sulla vita quotidiana dell'individuo malato.

La prima grande ripercussione che la montagna può avere sul paziente psichiatrico riguarda la dimensione corporea: la psicosi, infatti, ha gravi conseguenze sulla fisicità della persona poiché spesso il corpo per il malato è assente o poco avvertito o, al contrario, oggetto di mille attenzioni patologiche.¹⁸ Grazie alla montagna terapia invece il paziente ritorna a "ascoltare" il proprio corpo, avvertendolo grazie alla fatica, alla variazione del respiro e del battito cardiaco che può percepire durante le varie fasi di un'escursione e al senso di stanchezza che lo accompagnerà alla fine del cammino. Grazie a queste sensazioni il paziente torna a "*sentire di possedere il proprio corpo*"²², con conseguenze positive sulla vita di tutti i giorni: ad esempio il paziente può iniziare a percorrere a piedi una strada che prima aveva sempre fatto servendosi dei mezzi pubblici, con ricadute benefiche anche dal punto di vista ponderale, dal momento che molto spesso gli utenti sono sovrappeso per effetti collaterali da farmaci e per mancanza di moto. Per avere ripercussioni positive sulla dimensione corporea, si può anche pensare di associare l'escursione in montagna ad attività mirate alla riacquisizione e al potenziamento dell'uso dei cinque sensi, fondamentali per un completo benessere fisico.²³ Sempre legato al corpo, vi è l'importante apporto che la montagna terapia ha sulla cura del sé. Per svolgere in modo sicuro e piacevole un'escursione o una scalata è necessario essere muniti della strumentazione adeguata, anche a livello di vestiario, viveri e acqua: il paziente deve quindi responsabilizzarsi, capendo di volta in volta cosa deve fare per poter star bene in montagna. Fondamentali risultano quindi gli incontri preparatori che precedono ogni uscita, durante i quali guide alpine o esperti nutrizionisti spiegano ai pazienti l'uso del materiale, per aiutarli ad affrontare al meglio il percorso.

Un'altra dimensione su cui la montagna terapia ha effetti positivi è quella relazionale. Il gruppo, infatti, non agisce in una dimensione di competitività tra membri che purtroppo è a volte caratteristica degli alpinisti, ma si basa su un particolare tipo di alpinismo, detto "*alpinismo orizzontale*"² in cui predominano le dimensioni legate alla socializzazione e alla solidarietà tra partecipanti. L'aiuto reciproco diventa quindi un aspetto fondamentale e irrinunciabile per affrontare le uscite.

La socializzazione tra partecipanti al gruppo è inoltre agevolata dal fatto che in montagna si sta a stretto contatto gli uni con gli altri, camminando insieme, mangiando insieme, dormendo insieme al rifugio. Ciò può essere molto

destabilizzante per un paziente che non ama i contatti ravvicinati con gli altri, ma è altamente consigliabile per far sì che tra gli utenti nascano relazioni estendibili anche all'esterno dei servizi. In montagna quindi si fatica insieme e insieme si raggiunge la tanto agognata meta, dividendo con i propri "compagni di viaggio" la stanchezza e la gioia dell'arrivo.

Altro aspetto fondamentale del gruppo di montagna terapia è quello di favorire l'aumento di autostima e autoefficacia nel paziente²⁴. Per comprendere meglio tale fenomeno ci si può affidare alle parole di un poeta immortale come Dante che nel primo canto del suo "Inferno" scrisse: "*E come quei che con lena affannata,/ uscito fuor del pelago a la riva,/ si volge a l'acqua perigliosa e guata,/ così l'animo mio, ch'ancor fuggiva,/ si volse indietro a rimirar lo passo/ che non lasciò già mai persona viva.*"²⁵ L'escursionista, infatti, voltandosi indietro a osservare il punto da cui era partito, spesso non riesce a credere di aver percorso tanta strada e si compiace di essere arrivato fin lì servendosi solo delle proprie forze. Questa sensazione risulta amplificata se a essere arrivato alla meta è un paziente psichiatrico, il cui disturbo è spesso caratterizzato da perdita di speranza e di fiducia nelle proprie capacità. Grazie alla montagna quindi si arriva a un superamento di quei limiti, fisici e psicologici, che impediscono al paziente di vivere una vita serena e non isolata.

Nel corso degli anni alcuni studiosi si sono impegnati a indagare dal punto di vista scientifico riguardo l'esistenza e la conseguente efficacia del potenziale riabilitativo attribuibile alla montagna, producendo alcune ricerche interessanti.

Nel 2006 ad esempio è stato pubblicato un articolo riguardante l'analisi dei risultati di un gruppo escursionismo facente capo al Dipartimento di Salute Mentale dall'Asl Roma B.²⁶

Secondo tale articolo le dimensioni sviluppabili grazie al gruppo di montagna terapia erano principalmente tre: la *dimensione di appartenenza*, partendo dal presupposto che andare in montagna accomuna gli utenti, la *prospettiva di sviluppo*, ossia la capacità del gruppo di crescere e migliorare le proprie prestazioni, e la *dimensione della relazionalità* o del "*fare insieme*".²⁶ Per indagare riguardo queste tre aree, vengono scelti come campione 20 pazienti fra i 21 e i 53 anni che partecipavano al gruppo "escursionismo" da almeno un anno. Gli strumenti di ricerca utilizzati sono la scala WHOQOL-breve²⁷ e un Questionario di valutazione soggettiva dell'esperienza, creato appositamente per tale studio.

La WHOQOL-breve (World Health Organization Quality of Life), elaborata nel 1998 dall'OMS, è una scala di valutazione sulla qualità della vita, auto compilata dai pazienti stessi. Essa si basa su 26 domande che fanno capo a quattro aree d'indagine: Salute Fisica, Salute Psicologica, Relazioni Sociali, Condizioni Ambientali. Per rispondere a ogni domanda si ha a disposizione una scala Likert da 1 a 5, che va dalla massima corrispondenza a quanto espresso dall'item al massimo disaccordo.²⁷ Tale scala è stata fatta compilare ai pazienti con l'aiuto dell'operatore. Dopo la compilazione è stato chiesto ai pazienti di immaginare cosa avrebbero risposto un anno prima, quando avevano iniziato da poco a frequentare il gruppo "escursione".²⁶

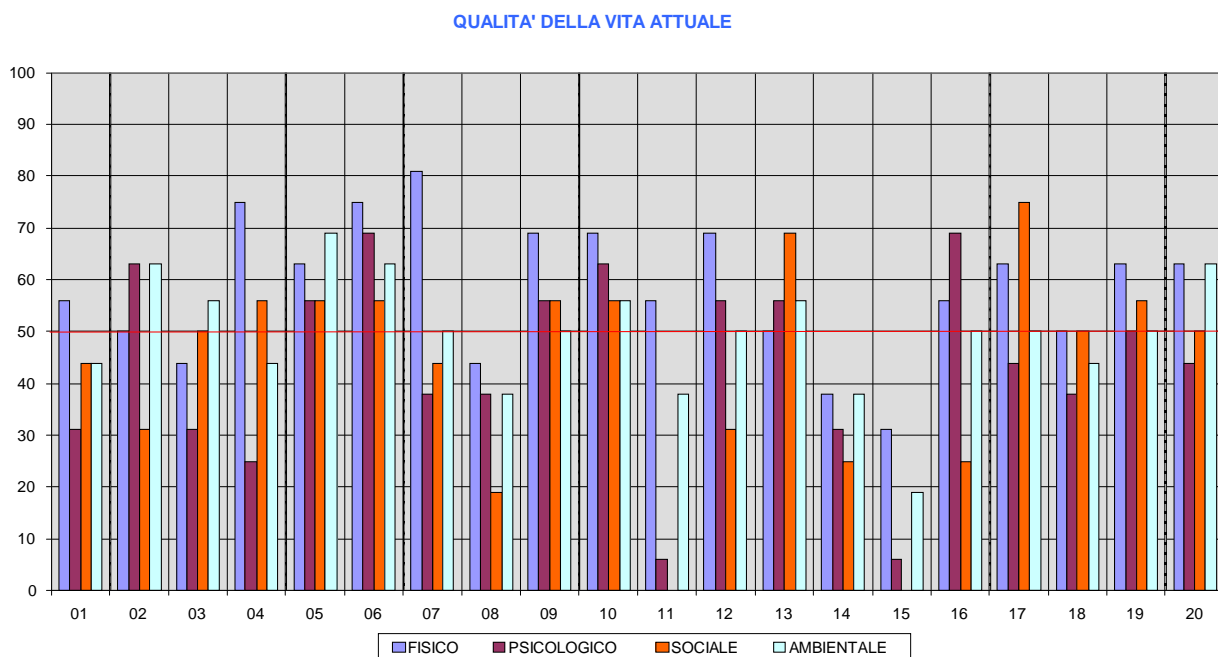
Il Questionario di valutazione soggettiva vuole sondare invece quattro dimensioni fondamentali tipiche di un gruppo di montagna terapia: la dimensione di *appartenenza*, con domande come "*partecipare all'attività di escursionismo mi fa sentire meno solo nella vita*", l'*investimento*, che va a valutare l'assenza d'interesse per l'esperienza socializzante e condivisibile o la curiosità per tali aspetti, lo *sviluppo*, per vedere se il paziente vive una situazione d'immobilità o di processo evolutivo e ultima la *relazionalità*, che indaga se vi è una svalutazione delle occasioni di relazioni sociali o meno. Per ogni area vi sono 4 affermazioni, le cui risposte hanno una scala a 5 valori (completamente d'accordo, abbastanza d'accordo, non saprei, sono poco d'accordo, non sono affatto d'accordo): il punteggio va da 0 a 4 nelle risposte riguardanti le affermazioni che indicano la presenza della dimensione sondata e da 4 a 0 in quelle che la negano. Il punteggio critico è quindi di 32, che equivale alla risposta "non saprei" in tutti e 16 gli item: un punteggio superiore indica la presenza delle dimensioni ipotizzate, inferiore invece l'assenza.

I risultati di entrambe le scale di valutazione hanno in parte confermato quanto affermato nella prima parte di questo capitolo.

Nella WHOQOL-breve vi è una grande variazione di valori da un soggetto all'altro per tutti e 4 gli ambiti di indagine: colpisce il fatto che in alcuni casi i soggetti con condizioni fisiche e psicologiche migliori, presentino valori molto bassi all'interno della WHOQOL, in quanto questo tipo di test mira a verificare la qualità della vita dal punto di vista del paziente che quindi può esprimere il suo disagio e la sua insoddisfazione per l'esistenza che conduce. I punteggi alti in questa scala indicano una buona soddisfazione per la propria vita quotidiana, bassi invece una delusione.

Veniamo ora all'analisi dei risultati ottenuti mediante la scala WHOQOL-breve.

Grafico 1

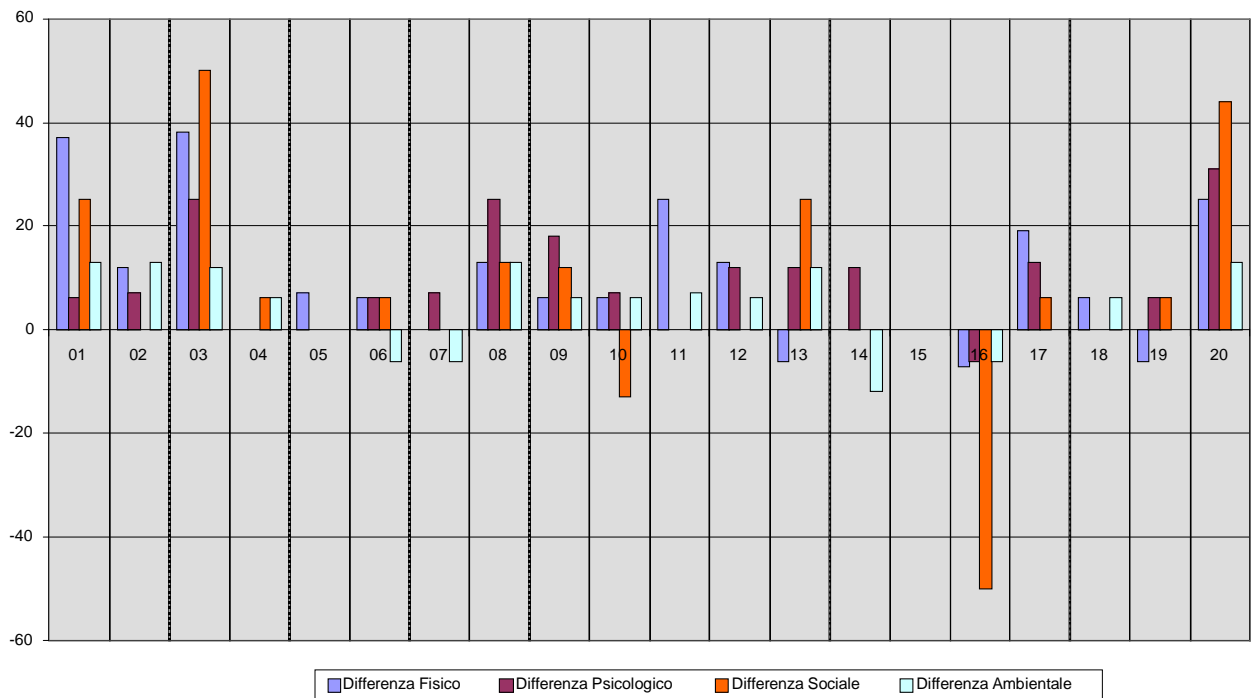


Il grafico qui riportato riguarda le risposte di ogni campione divise per i 4 ambiti di indagine utili per il nostro studio. Fissato a 50 il punteggio minimo per poter parlare di risultati positivi, si può osservare come la qualità media della vita (estrapolata dalla scala WHOQOL sottoposta ai pazienti e inerente alle condizioni di vita successive alla partecipazione al gruppo montagna) riferita alla Salute Fisica sia di 54,9, alla Salute Psicologica di 44,5, alle Relazioni Sociali di 45,2, e alle Condizioni Ambientali di 47. Si può quindi dedurre che la qualità media della vita dopo la partecipazione al gruppo montagna, partendo dai risultati ottenuti nei 4 ambiti distinti, è di 47,9 e, tenendo conto che 50 è il punteggio minimo per poter parlare di dati positivi, si può quindi definire discreta, tenendo conto che il campione preso in considerazione è composto interamente da pazienti psichiatrici cronici.

Ai pazienti, come si è detto, è stato chiesto di compilare una seconda volta il questionario chiedendo come si sentivano un anno prima, al loro ingresso al gruppo montagna per poter verificare se tale attività ha prodotto dei cambiamenti osservabili anche dagli utenti stessi.

Grafico 2

CONFRONTO TRA LA QUALITA' DELLA VITA ATTUALE E PRECEDENTE



Questo grafico permette quindi di verificare se effettivamente vi sono state delle modifiche, percepite dai pazienti e non solo dagli operatori, dovute alla montagna terapia.

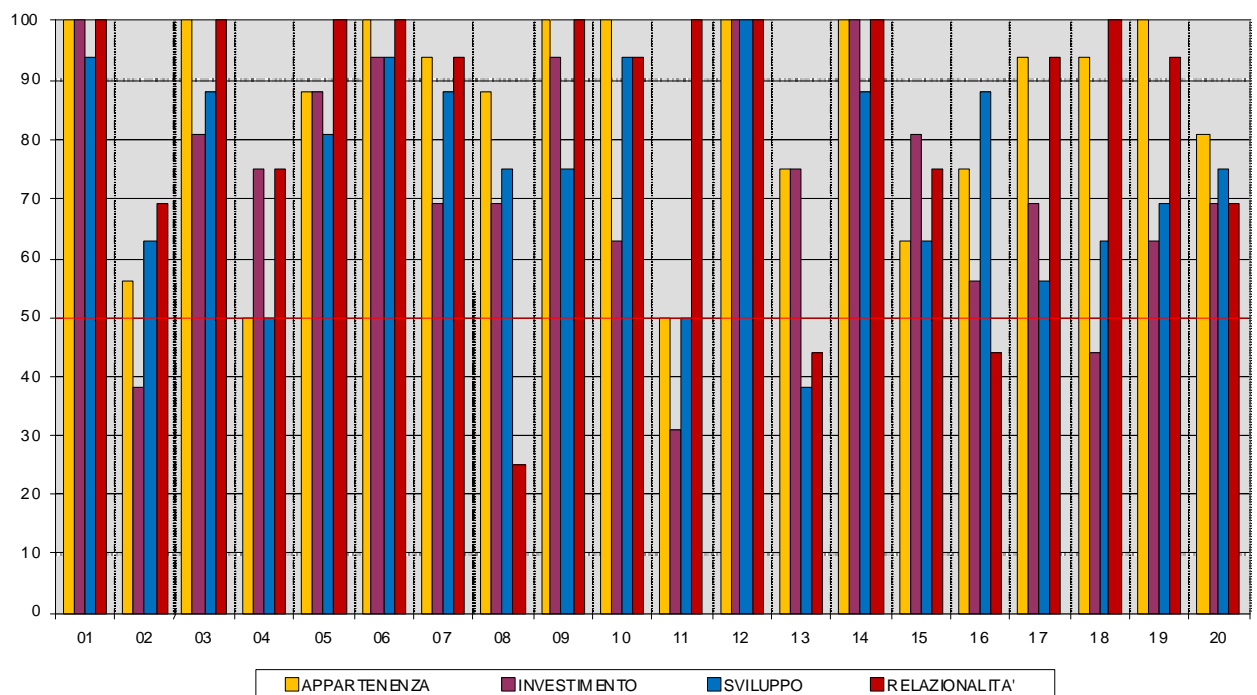
Per poter comprendere i risultati in maniera lineare, occorre ricordare che un risultato pari a 0 significa che non vi sono stati cambiamenti (è il caso del paziente 15, che non ha riscontrato cambiamenti in nessuna delle quattro aree), maggiore di 0 significa che vi sono stati dei miglioramenti e minore di 0 che vi sono stati peggioramenti. Nell'ambito fisico vi è una differenza media di +12,35, nell'ambito psicologico di +8,65, nell'ambito delle relazioni sociali +6,2 e nell'ambito ambientale +3,75.

Dai risultati ottenuti si può perciò dedurre che la partecipazione al gruppo di montagna terapia ha portato a miglioramenti significativi in tutte e 4 le aree indagate dalla scala WHOQOL, più marcati nell'ambito fisico, psicologico e sociale e meno, ma ugualmente presente, nell'ambito ambientale. Tuttavia non si possono trascurare alcuni dati: il soggetto numero 16 ad esempio, ha mostrato punteggi negativi in tutte le aree (-7 nell'ambito fisico, -7 in quello psicologico, -8 in quello ambientale fino ad un sorprendente -50 nelle relazioni sociali). Ciò sta a

significare che il paziente in questione ha riscontrato un peggioramento delle sue condizioni di vita nel corso dell'ultimo anno e che, probabilmente, il gruppo montagna non ha risposto alle sue esigenze in maniera adeguata: come vedremo la montagna terapia non è indicata per alcune tipologie di pazienti. Alcuni pazienti (7,8,14 e 15) hanno inoltre riscontrato dei peggioramenti per quanto riguarda l'area ambientale e quindi relativa ai luoghi frequentati e di vita. Ciò può essere dovuto a diversi fattori, legati alla vita personale del paziente, che magari ha cambiato situazione abitativa e non è riuscito ad adattarsi con facilità, oppure alla grande differenza che c'è fra l'ambiente montano, tipico del gruppo, e quello cittadino, abitualmente frequentato dall'utente, dove la maestosità e la tranquillità della montagna può gettare discredito sull'ambiente più caotico della città, facendo sì che l'utente risponda in maniera negativa alla domanda che mira ad indagare il suo ambiente di vita. Un altro peggioramento osservabile in più pazienti (13, 15 e 19) è quello in ambito fisico: affrontando le uscite in montagna il paziente si trova ad affrontare sforzi piuttosto notevoli e spesso si sente affaticato o non all'altezza, e pertanto può valutare il proprio corpo come qualcosa di negativo o non rispondente alle richieste poste dal gruppo, dando così risposte negative nel test.

. Grafico 3

VALUTAZIONE SOGGETTIVA DELL'ESPERIENZA



Per quanto riguarda il Questionario di valutazione soggettiva dell'esperienza, i risultati non si discostano molto da quelli ottenuti utilizzando la scala WHOQOL-breve

Partendo sempre da un cut-off di 50 punti, i valori più alti sono nelle aree "appartenenza" (punteggio medio di 85,5) e "relazionalità" (punteggio medio di 84), leggermente più bassi, ma comunque presenti, per quanto riguarda "sviluppo" (punteggio medio di 72,5) e "investimento" (punteggio medio di 68,2).

I risultati confermano così la tesi che una delle caratteristiche principali della montagna terapia è quella di aiutare i pazienti a espandere la propria rete di relazioni sociali e a sentirsi parte integrante del gruppo, allo scopo di svolgere nel modo migliore possibile il proprio intervento riabilitativo.

Si notino inoltre i punteggi del soggetto 16, selezionato in precedenza perché era l'unico ad aver rilevato peggioramenti in tutte e 4 le aree: dalle sue risposte al questionario si evince che, nonostante un problema nella sfera relazionale (punteggio 45 con cut-off di 50), il livello di interesse nei confronti dell'attività di montagna terapia è buono (punteggio 57), il soggetto si vede ben integrato all'interno del gruppo (punteggio 75) e soprattutto sente che qualcosa, nel suo stato clinico si è evoluto (punteggio 89). Ciò vuol dire che, probabilmente, il paziente ha sì osservato un peggioramento della sua condizione di vita nel corso dell'ultimo anno, ma che con buone probabilità, viste le risposte date al Questionario di valutazione soggettiva sull'esperienza, questo aggravamento della sua condizione non ha niente a che vedere con la sua partecipazione al gruppo montagna.

Lo studio dimostra perciò la predominanza dell'aspetto relazionale ma anche un notevole miglioramento dal punto di vista dell'autostima e dell'autoefficacia, in quanto, secondo i pazienti stessi, vi è stato un miglioramento della qualità di vita individuato grazie alla WHOQOL-breve.

Un'altra ricerca interessante è quella svolta da Francesca Fumanelli nella sua tesi di laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica.²⁸ Il suo lavoro si basa sulla creazione di un questionario, da proporre ai pazienti, che, prendendo spunto da strumenti scientificamente validati quali la HoNos e la Skill Life Profile, è stato riadattato per indagare su quali benefici può portare un gruppo di montagna terapia. Tale questionario è composto da 30 domande chiuse a risposta multipla (mai, qualche volta, talvolta, spesso, sempre) e da due domande a risposta

aperta: *“Cosa ti piace di più di questa esperienza in montagna”* e *“Cosa ti piace di meno di questa esperienza in montagna”*.²⁹ Questi quesiti mirano a studiare quelli che vengono delineati come i tre aspetti fondamentali su cui l'ambiente montano va ad agire: l'aspetto emotivo, l'aspetto corporeo e l'aspetto relazionale. Il questionario è stato sottoposto a 86 pazienti, provenienti da gruppi di montagna terapia sparsi sul territorio italiano, di età compresa tra i 21 e i 72 anni di età e con diagnosi di Psicosi (69%), di Disturbo di Personalità (16%), Ritardo Mentale (12%) e Disturbo dell'Umore (3%).

Vediamo ora nel dettaglio i risultati di tale studio, divisi per le tre dimensioni indagate.

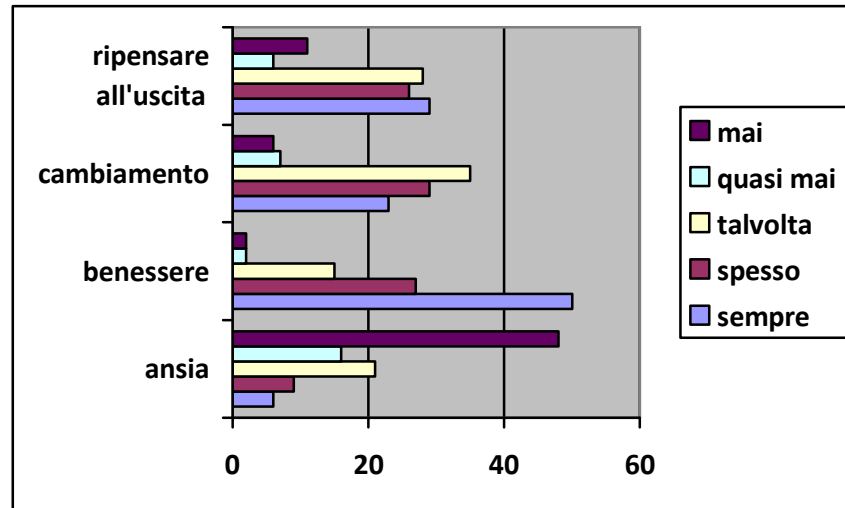
L'aspetto emotivo è indagato dagli items 2, 4, 5, 6, 16, 23, 24, 26, 27,28,30,31. Gli items 2 (*“ansia nei giorni prima dell'uscita”*), 4 (*“tensione o paura prima dell'uscita”*), 23 (*“stare fuori casa”*) e 24 (*“pensiero di interrompere”*) valutano la presenza o meno dell'ansia: secondo il 48% dei pazienti intervistati l'ansia non si presenta mai, nel 16% quasi mai, nel 21% talvolta, nel 9% spesso e nel 6% sempre. Le domande 5 (*“capacità di distogliere i pensieri durante le uscite”*), 6 (*“divertimento durante l'uscita”*), 26 (*“ripensare all'uscita”*), 27 (*“vivere emozioni positive”*) e 31 (*“stare meglio”*) riguardano invece lo stato di benessere raggiunto grazie al gruppo: il 50% dichiara di sentirsi sempre meglio rispetto al periodo in cui non si seguiva il gruppo, il 27% spesso, il 15% talvolta e il 4% mai o quasi mai. L'item 30 indaga se i pazienti hanno osservato un cambiamento della loro salute o della propria vita quotidiana: il 35% ha riscontrato un parziale cambiamento (risposta *“talvolta”*), il 13% nessuno o quasi nessuno (risposta *“mai”* o *“quasi mai”*) e il 52% ha vissuto modifiche significative (*“spesso”* e *“sempre”*). La domanda 26 infine chiede ai partecipanti ai gruppi selezionati se ripensano a come si sono sentiti durante le uscite: il 29% ci ripensa sempre, il 26% spesso, il 28% talvolta, il 6% quasi mai e l'11% mai.

Da questi risultati si può pertanto dedurre che la montagna terapia aiuta il paziente a diminuire l'ansia: i partecipanti al gruppo infatti dichiarano di non essere preoccupati né prima né durante il corso dell'uscita e anche l'assenza da casa per un'intera giornata (o per più giorni se l'uscita prevede il pernottamento) non rappresenta più quell'elemento ansiogeno che spesso costituisce un grande problema per i malati psichiatrici. Le emozioni provate dai pazienti durante le uscite sono inoltre positive e la montagna di per sé rappresenta un ottimo

diversivo, in quanto aiuta i pazienti a distogliere la mente dai pensieri e dalle preoccupazioni della loro vita quotidiana.

Grafico 4

RISULTATI ASPETTO EMOTIVO



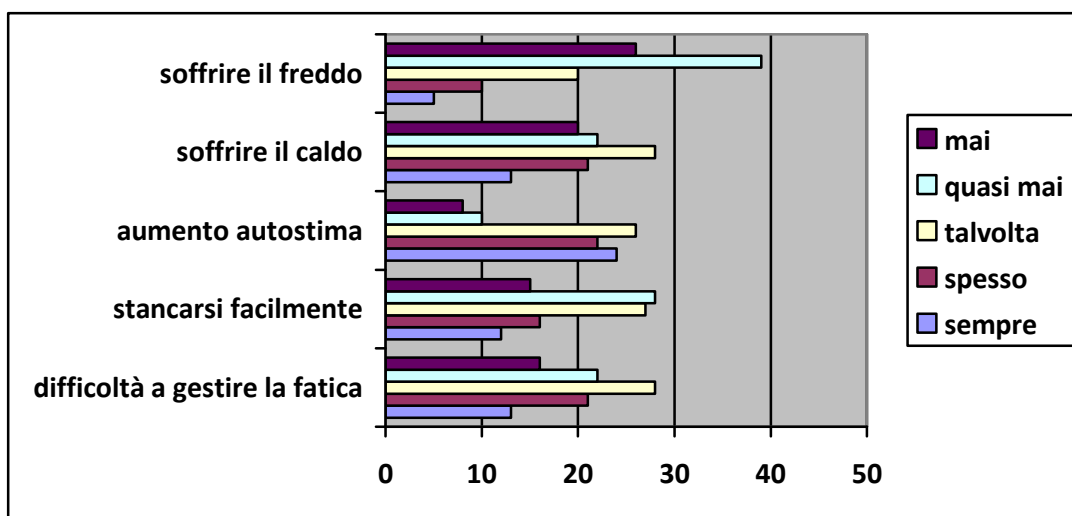
L'aspetto corporeo è studiato dagli items 7, 8, 9, 10,11,12,13, 14, 15 e 17. Gli items 8 (*"sentire affaticamento al corpo"*) 13 (*"paura di non farcela per la fatica"*) e 17 (*"sentire dolori dopo l'uscita"*) riguardano la gestione della fatica da parte dei pazienti: il 16% non ha presenta mai problemi di questo genere, il 22% quasi mai, il 28% talvolta, il 21% spesso e il 13% sempre. La domanda 7 (*"stancarsi facilmente durante l'uscita"*) chiede ai pazienti se capita loro di provare fatica nelle prime fasi dell'uscita: il 15% ha risposto mai, il 28% quasi mai, il 27% talvolta, il 16% spesso e il 12% sempre. Gli items 11 (*"muoversi in maniera agile"*) e 12 (*"soddisfazione della propria forza fisica"*) hanno lo scopo di verificare se i pazienti riportano un aumento dell'autostima e di fiducia nelle proprie capacità: il 18% non è soddisfatto (risposta "mai" o "quasi mai"), il 26% lo è mediocrementemente (risposta "talvolta") mentre il 46% esprime soddisfazione per i risultati personali raggiunti (risposta "spesso" e "sempre").

Per quanto riguarda la capacità di *"sentire il proprio corpo"*¹⁸ i risultati osservati da questa indagine sono piuttosto frammentari: il 32% dei pazienti ad esempio non riscontra quasi mai un aumento del ritmo respiratorio (item 10: *"sentire respiro affannoso"*) mentre il 30% ha risposto di non soffrire mai di tachicardia (item 14: *"soffrire di tachicardia"*). Questo è però fisicamente impossibile perché la fatica di affrontare un sentiero di montagna produce un forte cambiamento nel

ritmo cardio-circolatorio, soprattutto nel caso di escursionisti rallentati, sovrappeso e sedentari come spesso sono i pazienti che partecipano al gruppo. Gli ultimi due items riguardano la resistenza agli sbalzi di temperatura (item 9 “sofferenza al caldo” e item 15 “sofferenza al freddo”): il 20% non soffre mai il caldo, il 22% quasi mai, il 28% talvolta, il 21% spesso e il 13% sempre, mentre il 26% non patisce mai il freddo, il 39% quasi mai, il 20% talvolta, il 10% spesso e il 5% sempre.

Partendo da questi risultati si può osservare come nella maggior parte dei pazienti (72%) si verifica un aumento di autostima e di fiducia nelle proprie forze, indice che questo è uno degli aspetti su cui la montagna incide in modo determinante. Altra osservazione da fare è quella riguardante la gestione della fatica, dove i pazienti manifestano qualche difficoltà, fatto dovuto alla combinazione tra difficoltà dell’ambiente e delle attività proposta e scarsa preparazione fisica iniziale da parte dei pazienti, che spesso sono troppo sedentari e sovrappeso. Tuttavia sarebbe erroneo affermare che la montagna terapia ha solamente effetti benefici sui pazienti psichiatrici: dal questionario, infatti, emergono alcuni punti di debolezza di tale tecnica riabilitativa, che costringono alla riflessione. Nonostante vi sia una soddisfazione dei pazienti per i miglioramenti fisici osservati, la capacità di “sentire il proprio corpo”¹⁸ rimane deficitaria rispetto ai soggetti non patologici (basti osservare i dati inerenti la percezione delle modifiche del sistema cardio-respiratorio). Su questo fattore si può lavorare aggiungendo alle semplici escursioni momenti legati all’ascolto del proprio corpo e delle sue esigenze, per arrivare a una totale consapevolezza di sé e delle proprie capacità.

Grafico 5
RISULTATI ASPETTO CORPOREO



Per quanto riguarda invece l'**aspetto relazionale** gli item ad esso deputati sono il 3, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 29. La domanda 3 (*"puntualità alle uscite"*) vuole indagare se il paziente si presenta al gruppo con puntualità, fattore che indica anche il suo grado di interesse per tale attività: il 4 % non è mai puntuale, l'1% quasi mai, il 2% talvolta, il 16% spesso e il 77% sempre, segno che da parte dei pazienti c'è un buon coinvolgimento.

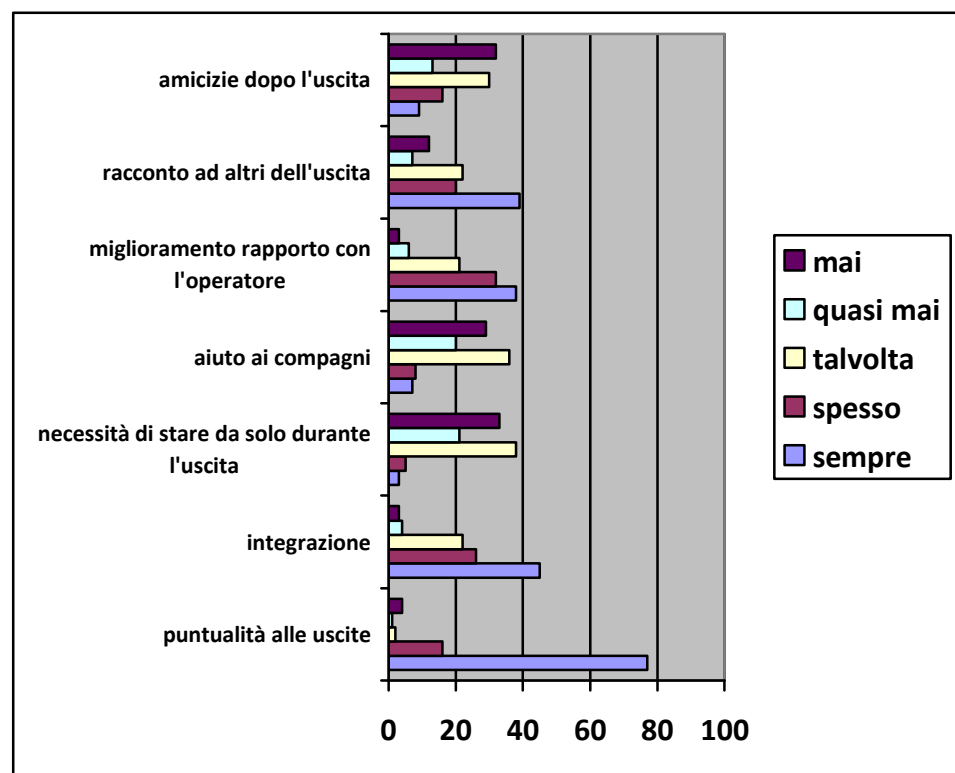
Gli items 18 (*"integrazione nel gruppo"*) e 20 (*"amicizia con gli altri del gruppo"*) vogliono valutare se il paziente si sente integrato, sta bene con gli altri ed è spinto ad intrecciare amicizia con gli altri utenti: il 3% ha risposto mai, il 4% quasi mai, il 22% talvolta, il 26% spesso e il 45% sempre. Accanto agli aspetti legati alla socializzazione vi è però la necessità di indagare se il paziente ha ugualmente bisogno di momenti in cui stare da solo: risposte all'item 19 (*"momenti da solo durante l'uscita"*) il 33% degli utenti non sente mai questa esigenza, il 21% quasi mai, il 38% talvolta, il 5% spesso e il 3% sempre. Vi è inoltre qualche difficoltà di aiuto reciproco tra pazienti, in quanto rispondendo alla domanda 29 (*"aiuto ai compagni di gruppo"*) il 29% ha dichiarato di non aiutare mai gli altri, il 20% quasi mai, il 36% talvolta, spesso l'8% e sempre il 7%.

Valutando le modifiche relazionali dei pazienti occorre osservare con particolare attenzione come cambia il rapporto tra l'utente e l'operatore all'interno del gruppo di montagna terapia. Secondo le risposte date all'item 25 il rapporto con

l'operatore sanitario migliora sempre per il 38% dei pazienti, spesso per il 32%, talvolta per il 21%, quasi mai per il 6% e mai per il 3%. Questo risultato valida quanto affermato nel capitolo precedente, ossia che, grazie alla particolarità dell'ambiente montano, vengono in parte appiattite quelle gerarchie tra pazienti ed operatori che spesso diventano un limite per il percorso riabilitativo, in quanto subentrano quei sentimenti di timore e distacco eccessivo che spingono il paziente a chiudersi ulteriormente.¹⁷ La domanda 25 (*"racconto ad altri dell'uscita"*) verifica se i pazienti raccontano quanto realizzato durante le attività in montagna: il 12% non lo fa mai, il 7% quasi mai, il 22% talvolta, il 20% spesso e il 39% sempre. L'ultimo item (22 *"amicizie dopo le uscite"*) indica i contatti che i pazienti mantengono tra di loro anche dopo il rientro dalle uscite: il 32% non si vede mai con i propri compagni, il 13% quasi mai, il 30% talvolta, il 16% spesso e il 9% sempre.

Grafico 6

RISULTATI ASPETTO RELAZIONALE



Questi dati dimostrano che i pazienti si sentono ben integrati all'interno del gruppo di montagna terapia e possono sperimentare un nuovo tipo di rapporto, meno rigido e più empatico, con i propri operatori. Tuttavia vi sono dei grandi deficit di cui va tenuto conto: uno di questi è la mancanza di disponibilità

nell'aiutare i propri compagni di avventura quando questi si trovano in difficoltà. Questo può essere tuttavia giustificato dallo stato clinico dei pazienti partecipanti, che spesso rimangono concentrati sulla propria sofferenza senza rendersi conto di quella degli altri. Un altro punto debole è che spesso le amicizie nate tra pazienti non vengono mantenute anche all'esterno dei servizi, ma si annichiliscono una volta finito il gruppo. Per evitare ciò si possono mettere in atto strategie mirate al potenziamento dei momenti in cui i pazienti si possono incontrare, magari spingendoli a partecipare da soli, ossia senza il supporto dei servizi, alle gite organizzate dal C.A.I. o da altri enti.

La montagna terapia quindi non è una tecnica riabilitativa che può essere utilizzata da sola, ma perché possa esprimere appieno le proprie potenzialità, va integrata con altri interventi che hanno lo scopo di amplificare e potenziare i suoi effetti positivi e di rimediare laddove vi siano dei difetti o delle mancanze.

Capitolo due

Caratteristiche di un gruppo di montagna terapia

Riflessione sui risultati dei questionari compilati da alcuni gruppi già attivi in Italia

Come si è visto nel capitolo precedente, la montagna terapia è una tecnica riabilitativa utilizzata su tutto il territorio italiano, anche nelle regioni più impensabili e non tradizionalmente legate alla montagna. I gruppi sorti negli ultimi anni sono molto numerosi: alcuni sono nati in collaborazione con il progetto Sopraimille mentre altri sono sorti in modo spontaneo. Questa distribuzione capillare sul territorio e la mancanza di codificazioni tecniche e metodologiche legate alla montagna terapia fanno sì che le modalità di svolgimento, le tecniche utilizzate durante le uscite e gli strumenti di verifica utilizzati per monitorare i risultati siano diversi da un gruppo all'altro.

Partendo da questa frammentazione e dalla necessità di osservare le caratteristiche principali di un gruppo di montagna terapia, ho elaborato un questionario di raccolta dati che ho inoltrato ai responsabili dei progetti su tutto il territorio italiano per scoprire quali sono i punti di contatto e di divergenza individuabili tra i vari gruppi.

Il questionario di raccolta dati è composto da 17 domande (12 aperte e 5 chiuse), suddivise in 4 parti: notizie introduttive, metodologie, verifica dei risultati, osservazioni conclusive.

La parte definita "notizie introduttive" è formata da 4 domande introduttive sulla struttura, i pazienti e gli operatori: nome e tipologia della struttura di appartenenza, quanti pazienti partecipano al gruppo, da quali operatori sono seguiti e quali sono le diagnosi dei pazienti inseriti nel gruppo.

Nella seconda parte, "metodologie", vi 6 sono domande relative alle tecniche, alla collaborazione con enti esterni, agli incontri pre e post uscita: se ci si avvale della collaborazione con enti esterni e se sì quali, se si pianifica insieme ai pazienti il programma delle uscite, le tecniche utilizzate (la scelta viene effettuata tra: trekking\escursioni della durata di un giorno, trekking\escursioni che prevedono il pernottamento, arrampicata, speleologia, attività sulla neve e altro), se vengono svolti incontri preparatori alle uscite e come si svolgono, se vi sono incontri di verifica al ritorno dell'uscita e come si svolgono e infine la periodicità con cui si svolgono le uscite.

Nella parte "Verifica dei risultati" le 4 domande presenti indagano gli strumenti valutativi più utilizzati e i miglioramenti o i peggioramenti dei pazienti: quali strumenti

di valutazione vengono utilizzati, se la valutazione viene effettuata prima, durante o dopo l'uscita e i peggioramenti e miglioramenti dovuti alla montagna terapia.

Nell'ultima parte, "Osservazioni conclusive" vi sono 3 domande (l'ultima lascia spazio ad ulteriori commenti su tematiche non presenti nel questionario) che indagano per quali pazienti è consigliata e sconsigliata l'attività di montagna terapia.

I questionari compilati a me pervenuti sono in tutto 15, abbastanza distribuiti sull'intero territorio italiano (spiccano Lombardia e Lazio con 4 questionari ciascuno).

Lo scopo della ricerca è quello di valutare se, nei vari gruppi attivi, vi sono abbastanza punti in comune per abbozzare una sorta di codificazione delle tecniche e delle metodologie tipiche della montagna terapia e degli strumenti per valutare i risultati raggiunti dai pazienti, aspetti che purtroppo sono, per ora, piuttosto frammentati e che rappresentano il più grande limite della montagna terapia in Italia.

Questionario di raccolta dati per i gruppi di Montagnaterapia

Notizie Introdotive

1. Nome e tipologia della struttura di appartenenza:

2. Quanti pazienti partecipano attualmente al gruppo di Montagnaterapia?

3. Da quali operatori sono seguiti?

4. Quali sono le diagnosi dei pazienti inseriti nel gruppo? (accanto alla diagnosi specificare il numero dei pazienti in questione)

Metodologie

1. Per le uscite vi avvalete della collaborazione di enti esterni? Sì No

Se sì, quali?

2. Pianificate insieme ai pazienti il programma delle uscite? Sì No

3. Quali tecniche utilizzate durante le uscite?

Trekking\Escursioni della durata di un giorno

Trekking\Escursioni che prevedono il pernottamento

Arrampicata

Speleologia

Attività sulla neve (sci da fondo, ciaspolate ecc.)

Altro

4. Svolgete incontri preparatori alle uscite? Sì No

Se sì, come si svolgono?

5. Svolgete incontri di verifica al ritorno dalle uscite? Sì No

Se sì, come si svolgono?

6. Con quale periodicità si svolgono le uscite?

Verifica dei risultati

1. Che strumenti utilizzate per valutare i risultati del gruppo?

2. Svolgete la valutazione prima, durante e dopo l'uscita?

3. Sulla base dei risultati emersi, quali miglioramenti, dovuti al gruppo di Montagnaterapia, avete notato nei vostri pazienti?

4. Sulla base dei risultati emersi, quali peggioramenti, dovuti al gruppo di Montagnaterapia, avete notato nei vostri pazienti?

Osservazioni conclusive

1. Sulla base della vostra esperienza, a quali pazienti consigliereste il gruppo di Montagnaterapia?

2. Sulla base della vostra esperienza, per quali pazienti sarebbe controindicato il gruppo di Montagnaterapia?

3. Altre osservazioni o commenti

Grazie per la gentile collaborazione!

Irene Gentili

2.1 Tipologie di strutture e loro capillarità sul territorio italiano

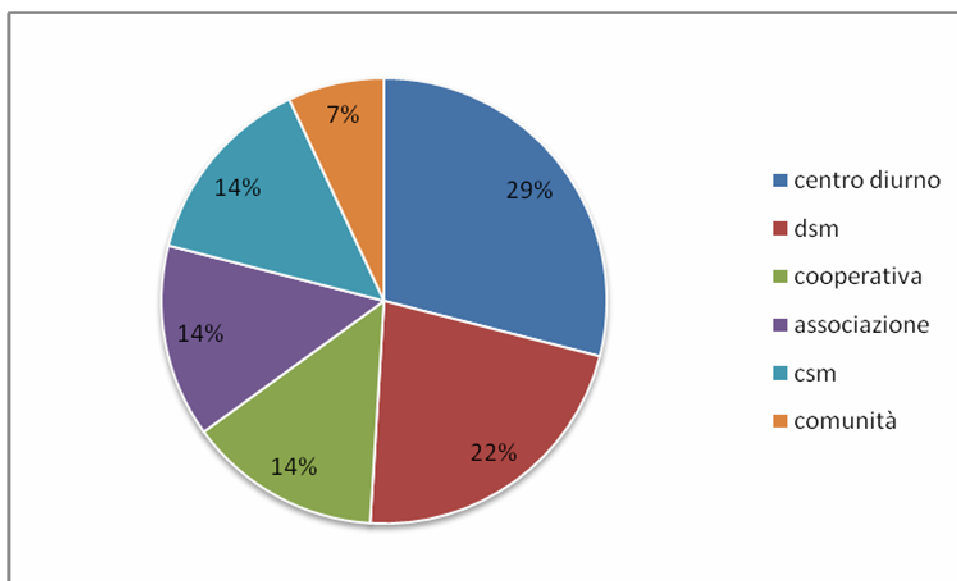
Riconosciuto l'effetto benefico che la montagna e tutte le attività ad essa connesse hanno sul paziente psichiatrico, molte strutture legate all'ambito della salute mentale hanno scelto di proporre, tra i loro interventi riabilitativi, gruppi di montagna terapia.

Il primo intento della mia ricerca è stato quello di individuare la tipologia di queste strutture, che come vedremo, non sempre è riconducibile al singolo centro diurno o alla comunità.

Tra i 14 questionari pervenuti, 4 (il 29%) riguardavano gruppi svolti in centri diurni, 3 (22%) in Dipartimenti di Salute Mentale, 2 (14%) in cooperative, 2 (14%) in associazioni, 2 (14%) nei Centri di Salute Mentale (corrispettivo del lombardo CPS) e 1 (7%) in comunità, la comunità protetta di Paitone (BS) che si occupa di tossicodipendenti e che propone loro varie attività tra cui il "gruppo arrampicata".

Grafico 7

TIPOLOGIE DI STRUTTURE INTERVISTATE



Come possiamo osservare da questi dati, i gruppi di montagna terapia sono, nella maggior parte dei casi (64%), riconducibili a strutture più ampie rispetto ai centri diurni e alle comunità (36%) e ciò riporta alla finalità di concentrarsi sempre di più sull'esterno e di far sì che i pazienti creino relazioni il più possibile varie e lontane dalla loro vita quotidiana legata ai servizi. La scelta infatti di creare gruppi trasversali all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale o dei Centri di Salute Mentale, fa sì che

gli utenti possano conoscere altre persone, non necessariamente provenienti dal proprio centro diurno o dalla propria comunità, estendendo così la loro rete sociale, fattore che come sappiamo è importantissimo nell'ambito della riabilitazione. Questo fenomeno è acuito se il gruppo si svolge presso cooperative e associazioni, dove oltre ai pazienti psichiatrici si trovano altre figure non necessariamente provenienti dai servizi di salute mentale e che possono aiutare gli utenti a relazionarsi con persone non malate e che spesso ignorano la grande sofferenza connessa alla malattia psichica.

Tuttavia anche la scelta di praticare gruppi di montagna terapia all'interno di strutture più "chiuse" come centri diurni e comunità ha i suoi notevoli effetti benefici: la montagna, intesa come abbiamo visto nella dimensione di aiuto reciproco e solidarietà ², unisce le persone che la affrontano insieme, rinforzando i legami e lo spirito di gruppo. Ciò diventa fondamentale nell'ambito di un centro diurno o di una comunità perché gli utenti che si sono sentiti uniti grazie alle uscite in montagna, saranno più propensi a collaborare e a lavorare insieme anche all'interno di altri gruppi o attività, favorendo così la finalità riabilitativa delle strutture.

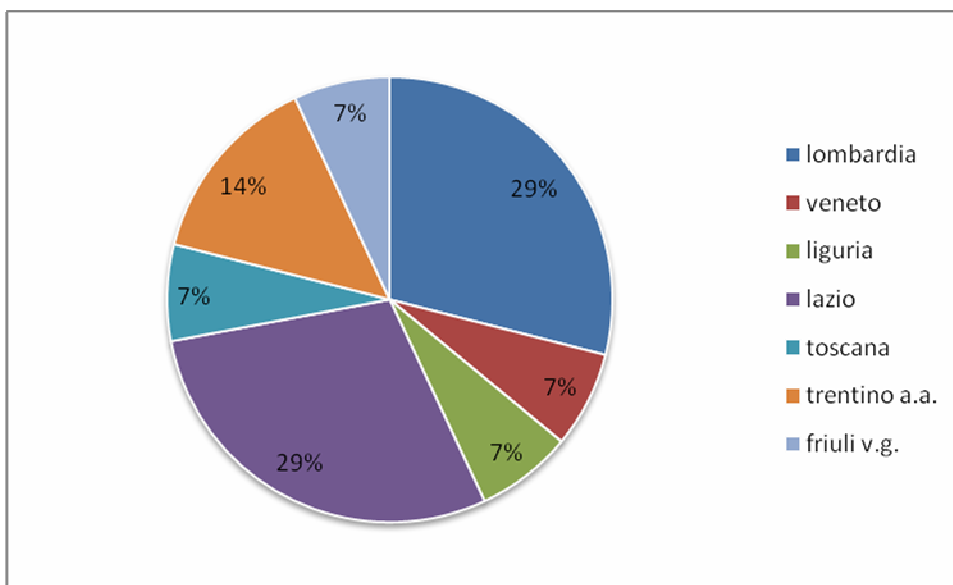
Per quanto riguarda invece la capillarità delle strutture che si occupano di montagna terapia sul territorio italiano, la maggior parte (58% secondo i questionari a me pervenuti) si trovano in Lombardia e Lazio per motivi facilmente intuibili: la Lombardia è una regione che favorisce, dal punto di vista morfologico e culturale, la pratica dell'escursionismo anche in virtù del fatto che sul suo territorio operano alcune sezioni del C.A.I. tra le più antiche e numerose d'Italia (basti pensare alla Sezione di Bergamo) mentre nel Lazio è stato creato il Coordinamento per la Montagnaterapia del Lazio³⁰, che raccoglie al suo interno tutte le strutture e il personale che si occupa di montagna terapia legata all'ambito psichiatrico ed educativo. Il suo scopo è quello di creare incontri formativi e seminari esperienziali per far conoscere l'alto potenziale riabilitativo della montagna e per aiutare gli operatori che vogliono creare un gruppo all'interno della propria struttura.

Un'altra regione molto attiva è il Trentino Alto Adige (14%), dove dopo il pionieristico "progetto Sopraimille" sono nate altre realtà, patrocinate anche dagli enti locali e dalla S.A.T. Altre regioni molto attente a questa tematica sono il Veneto, la Toscana, il Friuli Venezia Giulia e la Liguria, dove sono presenti diversi gruppi e vengono organizzati importanti eventi formativi.

Ma si sbaglia se si crede che la montagna terapia sia un'attività limitata alle regioni del Nord Italia, dal momento che alcuni gruppi sono presenti anche in Sicilia e soprattutto in Sardegna, regioni conosciute per il loro splendido mare, ma di cui spesso, e ingiustamente, si ignora la parte montana.

Grafico 8

CAPILLARITA' DELLE STRUTTURE SUL TERRITORIO



2.2 Pazienti

Quando si parla di gruppo riabilitativo è importante valutare le sue potenzialità e gli ambiti su cui va ad agire: per questo motivo, ogni paziente va valutato in base alle proprie necessità e partendo da ciò, vanno scelti i gruppi che lo possono maggiormente aiutare a colmare le sue lacune. Risulta quindi naturale che vi siano pazienti inadatti a particolari gruppi o di contro, gruppi che non riescono a rispondere alle necessità di un determinato paziente. I gruppi di montagna terapia non sono immuni da queste regole, pertanto vi sono utenti per cui tale gruppo risulta utile e altri il cui inserimento risulterebbe troppo difficile e problematico.

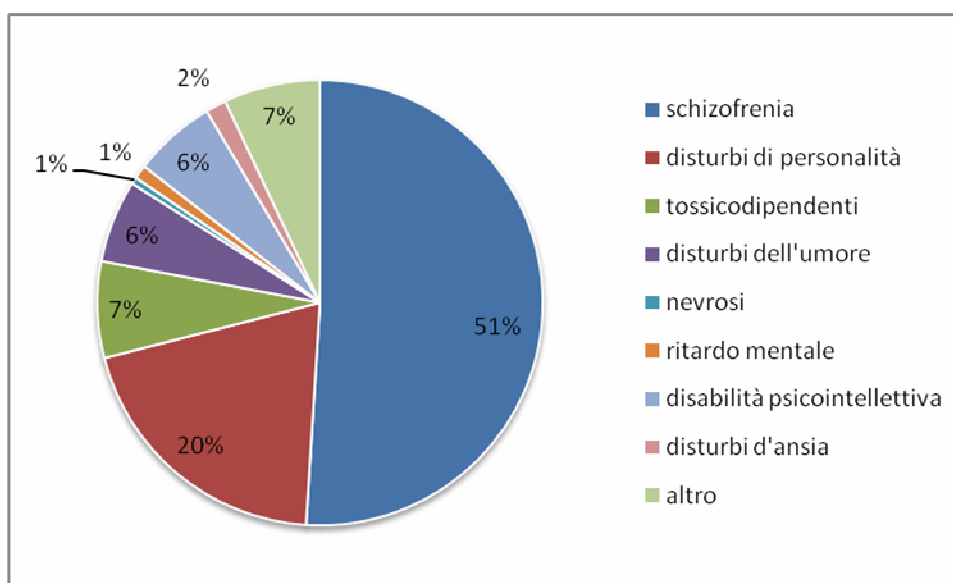
Il gruppo di montagna terapia, secondo la ricerca effettuata, è composto da un minimo di 9 pazienti ad un massimo di 27 (seguiti però da un buon numero di operatori) con una media di circa 12-13 pazienti. Per la particolarità dell'ambiente, che può diventare molto pericoloso soprattutto con un determinato tipo di utenza,

occorre servirsi di molti operatori che seguano gli utenti con attenzione e di esperti che garantiscono maggior sicurezza.

Le diagnosi dei pazienti che partecipano ai gruppi sono piuttosto varie: la maggior parte (51%) è affetta da schizofrenia, disturbi di personalità (20%), disturbi dell'umore (6%), disabilità psicotellittiva (6%), disturbi d'ansia (2%), ritardo mentale (1%) e nevrosi (1%). Una buona percentuale di pazienti (7%) non ha diagnosi psichiatriche, ma ha alle spalle una storia legata all'abuso di sostanze e, in quanto riferibile ugualmente all'ambito del disagio psichico, ho deciso di includerla nella mia ricerca.

Grafico 9

DIAGNOSI DEI PAZIENTI CHE PARTECIPANO AL GRUPPO DI MONTAGNATERAPIA



Il motivo per cui la schizofrenia risulta una sorta di “diagnosi privilegiata” per l’inserimento dei pazienti nel gruppo di montagna terapia è, a mio parere, riconducibile a due aspetti fondamentali di tale malattia: la dimensione corporea e quella relazionale. Come si diceva, il paziente schizofrenico non ha una completa coscienza del proprio corpo, aspetto che *“rimanda alla coscienza dell’esistere e alla coscienza del soma stesso ma anche come sentimento dello stato corporeo in quanto espressione dell’essere viventi”*³¹. Non è infatti raro che alcuni schizofrenici vadano incontro a una vera e propria *depersonalizzazione somatopsichica*³¹, facente parte dei disturbi di coscienza dell’Io, dove il paziente prova sensazioni di distacco e di estraneità dal proprio corpo spesso associate a tonalità affettive di angoscia.³¹ Camminare in montagna, soprattutto se in salita e su sentieri ripidi, modifica

notevolmente il ritmo cardiaco e quello respiratorio, fa sì che la fatica venga sentita fisicamente e pertanto può aiutare l'utente a riprendere gradualmente il contatto con la propria fisicità, liberandolo da quella sensazione di estraneità tipica della depersonalizzazione.

Un altro aspetto fondamentale è quello legato alle scarse capacità relazionali dello schizofrenico: come sappiamo, uno dei principali sintomi negativi di questa malattia è un vero e proprio isolamento sociale, che colpisce molto spesso pazienti giovani, congelando la loro esistenza e impedendogli di svolgere ogni tipo di attività, accompagnato spesso da avolizione, ovvero da mancanza di energie, iniziativa e interesse nei confronti dell'ambiente circostante, associata con la perdita di progettualità.³² La montagna terapia contrasta questo fenomeno, perché "costringe" il paziente ad interagire con gli altri, spingendolo anche a pianificare il programma dell'uscita e a fare progetti per le attività future, offrendo però come aiuto fondamentale, la presenza di altri utenti, degli operatori e degli esperti della montagna. Qui entra in gioco la capacità di fare gruppo, di creare relazioni che aiutano i pazienti a contrastare il proprio isolamento e ad imparare a vedere gli altri come un possibile aiuto e non più come minaccia, tendenza in netto contrasto con i pensieri paranoici che sono tipici della schizofrenia.

Un'altra diagnosi molto diffusa tra i componenti dei gruppi di montagna terapia è quella dei disturbi di personalità. Come sappiamo, questa tipologia di pazienti manifesta qualche difficoltà relazionale e nel rispettare le regole di convivenza, in quanto secondo il DSM IV-TR, il loro modello abituale di comportamento risulta *"inflexibile e pervasivo in una varietà di situazioni personali e sociali"*³³: l'ambiente montano può aiutare a diventare consapevoli che il rispetto delle norme e delle prescrizioni, spesso provenienti dagli operatori o dalle guide alpine, vanno osservati in maniera scrupolosa per evitare il rischio di incidenti o spiacevoli conseguenze. Il paziente, servendosi di varie tecniche legate alla montagna, come ad esempio l'arrampicata, impara a vedere gli altri come una fonte di aiuto e non più come un ostacolo per la propria affermazione personale. Altro aspetto fondamentale, spesso carente nei pazienti con disturbo narcisistico di personalità, è la capacità di comprendere i limiti altrui, in quanto in questi pazienti mancano di empatia e non sono in grado di riconoscersi o identificarsi con le necessità degli altri.³³ In montagna però all'interno di gruppi escursionistici numerosi vi sono persone più veloci ed altre che hanno qualche difficoltà in più e un gruppo ben formato e utile ai fini riabilitativi, è

consapevole di questo divario e mette in atto strategie per far sì che gli utenti si rispettino a vicenda, senza vivere l'uscita come una gara, fatto che risulterebbe deleterio dal punto di vista dell'autostima. Gli operatori devono quindi aiutare il paziente affetto da disturbo di personalità a capire che ognuno ha le proprie difficoltà e le proprie potenzialità e che per questo motivo, va rispettato e magari aiutato a superare i suoi limiti.

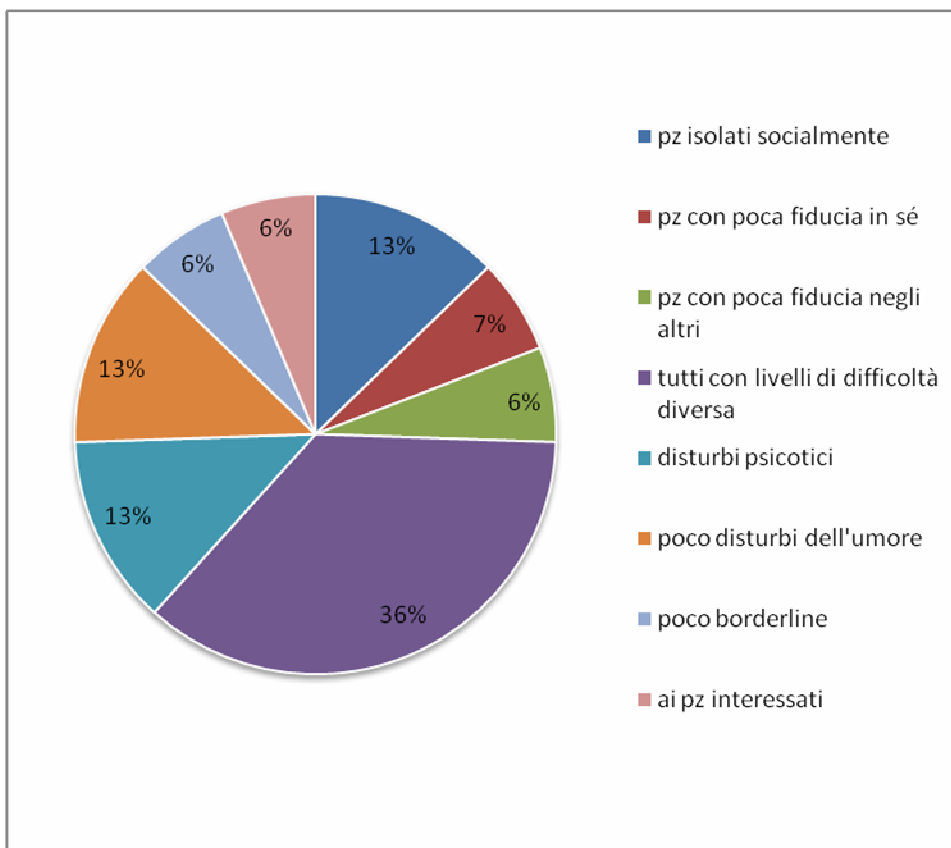
All'interno dei gruppi di montagna terapia, vi sono pochi pazienti con diagnosi di disturbi dell'umore (6% del totale) e disturbi d'ansia (2%). Ciò è dovuto a una particolarità negativa dell'ambiente montano: la sua pericolosità, basti pensare alle continue notizie di incidenti in montagna con cui i mass media ci bombardano quotidianamente. Questo aspetto può risultare rischioso per pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore: per i primi, il pericolo può scatenare episodi di panico o di blocco, per i secondi, un ambiente così esposto può far tornare alla mente le idee suicidarie tipiche della malattia. Gli operatori devono quindi stare particolarmente attenti a queste tipologie di utenti per evitare che il loro disagio impedisca lo svolgimento del gruppo, seminando il panico anche tra gli altri componenti. Vi è però un aspetto fondamentale della montagna terapia che può giovare ai pazienti affetti da disturbi dell'umore, ossia la dimensione legata all'autostima. Il paziente depresso o ansioso è infatti molto autosvalutativo e l'incapacità di immaginare un possibile cambiamento è tale da favorire lo sviluppo di tematiche suicidarie.³⁴ Il raggiungimento della meta però, fa capire al paziente di avere abbastanza forze per raggiungere i propri obiettivi, non solo nell'ambito della montagna ma anche nella vita quotidiana e di non aver bisogno di ricorrere al suicidio come metodo per la cessazione delle proprie sofferenze.

Secondo la ricerca da me svolta, risulta che il gruppo di montagna terapia è consigliabile per tutti i pazienti, a patto che vengano scelti livelli di difficoltà diversi legati alle loro capacità e potenzialità (secondo il 36% delle risposte). Un gruppo composto da pazienti più maturi e rallentati infatti, non potrà svolgere la stessa tipologia di attività di un gruppo di utenti giovani e fisicamente più allenati, perché ciò può provocare notevoli danni dal punto di vista dell'autostima. Il gruppo può inoltre aiutare i pazienti isolati socialmente (13%), gli psicotici (13%), gli utenti con poca fiducia in sé (7%) e con poca fiducia negli altri (6%) mentre risulta meno efficace per i disturbi dell'umore (12%) e per i borderline (6%). Fondamentale risulta però la motivazione e la passione che il paziente manifesta nei confronti della montagna: se

l'utente si sente costretto a frequentare il gruppo, difficilmente riuscirà a trarne un reale beneficio e vivrà le uscite come un peso o una fatica inutile e fine a se stessa.

Grafico 10

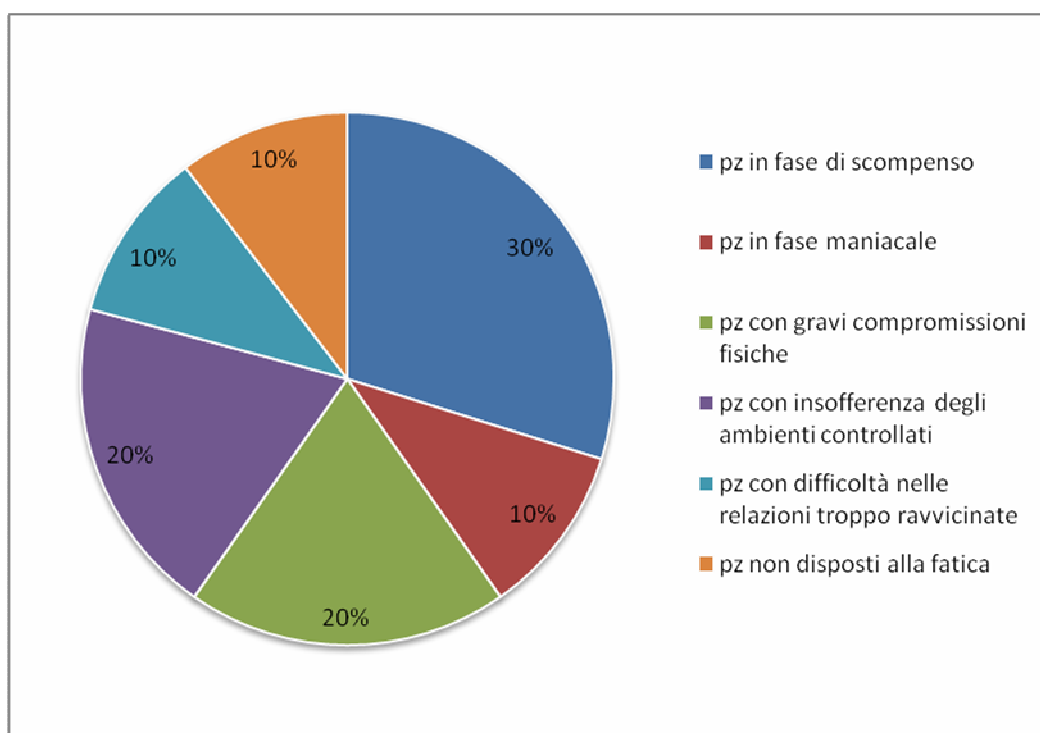
PAZIENTI PER CUI E' INDICATO IL GRUPPO DI MONTAGNATERAPIA



Vi sono inoltre situazioni e pazienti per cui non è consigliabile il gruppo di montagna terapia: è il caso di pazienti in fase di scompenso (30% delle risposte), con gravi compromissioni fisiche che rendono praticamente impossibile l'escursione in montagna (20%), con insofferenza per gli ambienti eccessivamente controllati (20%), quelli non disposti alla fatica (10%), in fase maniacale o troppo esuberanti (10%), e quelli che hanno difficoltà con le relazioni troppo ravvicinate (10%). Ad eccezione delle prime due categorie in cui vi è un'evidente impossibilità di partecipare alle uscite, gli altri pazienti possono ugualmente entrare a far parte del gruppo, ma vanno seguiti con particolare attenzione da parte degli operatori, che dovranno fare il possibile per salvaguardare l'armonia fra gli utenti.

Grafico 11

PAZIENTI PER CUI SI SCONSIGLIA LA MONTAGNATERAPIA

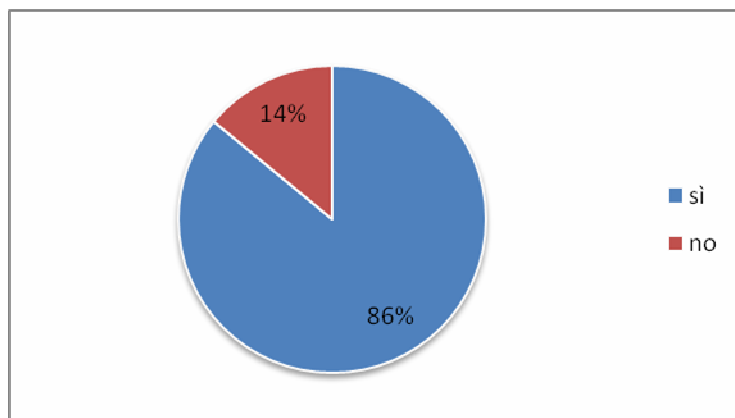


2.3 Operatori

All'interno del gruppo di montagna terapia gli operatori che ogni giorno seguono i pazienti all'interno delle strutture deputate, svolgono il ruolo di mediatori tra gli utenti e gli esperti della montagna, che divengono a tutti gli effetti i reali conduttori del gruppo. Fondamentale, come abbiamo visto precedentemente, è lo scambio formativo tra guide alpine e operatori della salute mentale che può aiutare i primi a relazionarsi meglio con l'utenza psichiatrica, senza cadere in comportamenti assistenziali o di netta chiusura, e i secondi a contribuire dal punto di vista pratico alla preparazione e allo svolgimento dell'uscita. Tra le strutture intervistate l'86% si serve della collaborazioni con enti esterni, legati all'escursionismo e alla montagna, mentre il 14% non ha stipulato un vero e proprio protocollo d'intesa con istituzioni, ma si serve di guide volontarie o degli stessi operatori che svolgono il ruolo di accompagnatori.

Grafico 12

COLLABORAZIONE CON ENTI ESTERNI

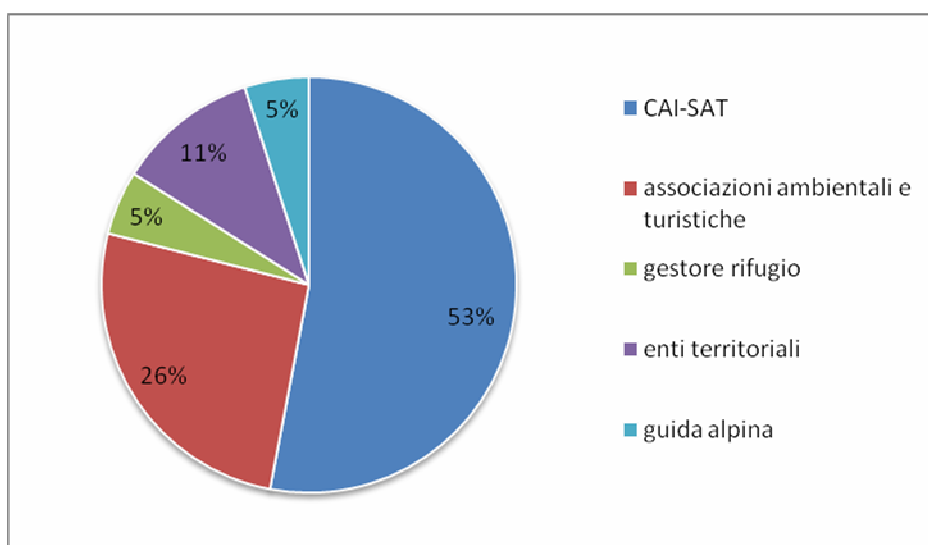


La collaborazione con enti esterni, appositamente regolata da protocolli d'intesa firmati dai servizi di salute mentale e dagli enti stessi, è una tutela in più rispetto al servirsi di guide singole, soprattutto dal punto di vista assicurativo, dato che la montagna è pericolosa e necessita di guide esperte, ma anche di tutele legali contro gli incidenti.

Tra gli enti con cui si è stipulato un accordo di collaborazione, spicca il C.A.I. (S.A.T. in Trentino Alto Adige) che è stato scelto dal 53% delle strutture psichiatriche, seguito da associazioni ambientali o turistiche (26%), enti territoriali, quali assessorati, comuni, proloco eccetera (11%), guide alpine accreditate (5%) e altre figure legate alla montagna, come i gestori dei rifugi eccetera (5%).

Grafico 13

ENTI CON CUI SI COLLABORA



Per quanto riguarda la formazione degli operatori che seguono i pazienti all'interno del gruppo, ci si accorge che il personale non medico (infermieri, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, psicologi ecc.) è molto più rappresentato (con l'88% del totale) rispetto alle figure mediche (12%). A detta degli stessi psichiatri questa scelta è dovuta al fatto che la partecipazione del medico ai gruppi riabilitativi, riporta il paziente stesso al concetto di malattia, piuttosto che a quello di guarigione che dovrebbe essere tipico della riabilitazione. Pertanto è più facile scegliere figure più informali come educatori, infermieri, psicologi eccetera, lasciando ai medici il compito di valutare il percorso e di individuare i pazienti da inserire nel gruppo. Tra le figure non mediche, la più presente è quella degli infermieri (34%), probabilmente dovuta al grande impatto fisico che la montagna ha sul paziente e alla necessità di intervenire tempestivamente in caso di piccoli incidenti che possono verificarsi durante il percorso. Un'altra figura molto impiegata all'interno dei gruppi di montagna terapia è quella dell'educatore (27%) contro una percentuale bassissima di tecnici della riabilitazione psichiatrica (2%): ciò dipende presumibilmente dal fatto che la seconda professionalità sia ancora poco conosciuta e quindi poco sfruttata, soprattutto al di fuori della regione Lombardia. Il tecnico della riabilitazione psichiatrica a mio parere, sarebbe la figura più adatta ad accompagnare i pazienti all'interno dell'intero percorso del gruppo di montagna terapia, perché oltre ad avere una formazione medico-psichiatrica più marcata rispetto all'educatore, funge da mediatore tra gli utenti e gli esperti della montagna e si può occupare degli aspetti valutativi con

maggior perizia rispetto all'altra professionalità. Anche gli psicologi seguono spesso i pazienti in montagna (15%), per aiutarli a sopportare il peso emotivo che un'esperienza così "estrema" può offrire loro. Per molti pazienti, soprattutto per quelli appena entrati nel gruppo, la montagna può essere destabilizzante, un po' per le sue caratteristiche morfologiche e fisiche, un po' per l'ambiente e l'atmosfera che essa può creare tra le persone che vi si recano.

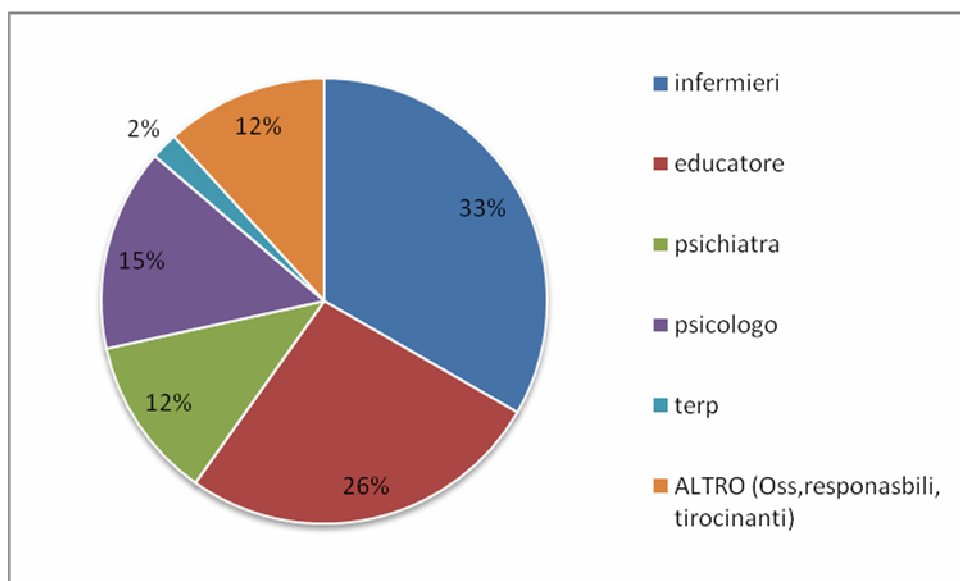
Come abbiamo visto precedentemente, gli psichiatri sono meno presenti rispetto agli altri operatori (12%) e spesso si occupano della formazione del gruppo, della scelta dei pazienti e della verifica del loro percorso, piuttosto che seguirne direttamente le fasi e partecipare alle uscite.

Vi sono inoltre numerose figure non specificatamente riconducibili all'ambito medico (12%) ma che seguono direttamente i pazienti all'interno del gruppo: si tratta di Oss, dirigenti di comunità, studenti e tirocinanti in ambito geografico e responsabili del progetto. Queste figure, per quanto utili e ovviamente ben motivate, necessitano di una formazione specifica relativa al rapporto con l'utenza psichiatrica, in quanto possono rischiare di commettere errori che possono minare i risultati ottenuti.

Come in tutti gli altri gruppi riabilitativi, il lavoro effettuato dall'equipe è fondamentale: tutte le professionalità coinvolte mettono in campo le loro competenze formative, contribuendo in questo modo alla buona riuscita del gruppo, con conseguente impatto positivo sugli stessi pazienti.

Grafico 14

QUALIFICA DEGLI OPERATORI CHE SI OCCUPANO DI MONTAGNATERAPIA



2.4 Tecniche

La montagna racchiude in sé una vastità incredibile di paesaggi diversi: dalle rocce nude e quasi verticali alle vaste vallate boschive, da pendii dolci a impenetrabili ghiacciai. A questa immensa varietà, corrispondono quindi numerose tecniche attraverso le quali ci si può avvicinare alla montagna e che possono essere utilizzate, ovviamente sotto la guida di figure esperte, anche con i pazienti psichiatrici.

Tra le tecniche più conosciute e più utilizzate c'è l'escursionismo semplice o trekking della durata di un giorno (27%). Questa modalità è la più facile da mettere in pratica perché rispetto ad altre tecniche quali l'arrampicata o le attività sulla neve, richiede meno attrezzature e preparazione atletica. Tuttavia non bisogna pensare che sia una tecnica semplice in quanto necessita ugualmente di una preparazione quantomeno teorica, sul materiale da portare, sulla topografia e sulla scelta dell'itinerario.³⁵

Questo aspetto formativo può essere svolto in incontri preparatori condotti dagli esperti, mentre la parte relativa all'orientamento può essere affidata ad un paziente, in un gioco di ruoli e responsabilità che risulta benefico per le capacità dell'individuo.

Una variante dell'escursionismo, è il trekking di più giorni che prevede anche il pernottamento in rifugio o in una struttura analoga (20%). Ciò permette al gruppo di unirsi maggiormente, perché i momenti di aggregazione aumentano: i pazienti stessi si troveranno a dover condividere con gli altri momenti che appartengono alla loro vita più privata ed intima, come il sonno, la cena e le operazioni di pulizia personale. La struttura stessa del rifugio di montagna favorisce la condivisione: si mangia insieme, in gigantesche tavolate a cui si aggiunge spesso gente sconosciuta, si dorme in un unico stanzone, con letti a castello attaccati tra loro e il bagno è uno solo per più stanze. Ciò può destabilizzare alcuni pazienti, desiderosi di un po' di privacy o isolati, ma li aiuta ad adattarsi meglio alle situazioni estreme che spesso la vita quotidiana offre.

Un'altra modalità molto utilizzata all'interno del gruppo di montagna terapia è l'attività sulla neve, che non necessariamente coincide solo con gli sport invernali come sci, snowboard ecc. (20%). Questa tecnica serve principalmente per aiutare i pazienti a modificare i propri punti di vista e i modelli di riferimento³⁵, aspetti su cui spesso i malati si fossilizzano: sepolti da una coltre di neve, i sentieri, che nelle altre stagioni

servono agli escursionisti per giungere alla meta senza perdersi, non esistono più e bisogna trovare altri modi per poter arrivare indenni, magari servendosi di strumenti come bussole e cartine. L'ambiente montano diventa, se possibile, ancora più insidioso e ciò rappresenta una dura prova per i pazienti. Per questo motivo, la presenza di esperti diviene fondamentale e non se ne può fare a meno.

Tra le tecniche di cui ci si può servire c'è anche l'arrampicata (15%), attività in cui ci si mette in gioco dal punto di vista fisico, in quanto bisogna utilizzare tutte le capacità del proprio corpo, motorio, ossia è necessario eseguire tutte le sequenze motorie per riuscire a salire e psicologico, perché concentrazione e superamento delle proprie paure sono indispensabili per la buona riuscita dell'impresa.³⁵ Per poter approcciarsi a questa particolare tecnica ci si serve di un percorso graduale che dal piano orizzontale porta alla dimensione verticale: si parte da un terreno inclinato e privo di appigli, al fine di utilizzare i piedi per cogliere le sensazioni che diverranno poi nevralgiche durante lo svolgimento della scalata vera e propria (il senso di vuoto, la stabilità, la precarietà ecc.), poi pian piano si passa a una pendenza sempre maggiore per cui aumenta l'impegno richiesto e la concentrazione ad esso legata. Questa modalità è importante perché aiuta il paziente a concentrarsi maggiormente sul proprio corpo e su ciò che lo circonda e a sfruttare al meglio le proprie capacità sia fisiche (potenza, agilità, resistenza) sia psicologiche, come il superamento di molte paure che spesso risultano bloccanti nella vita quotidiana.

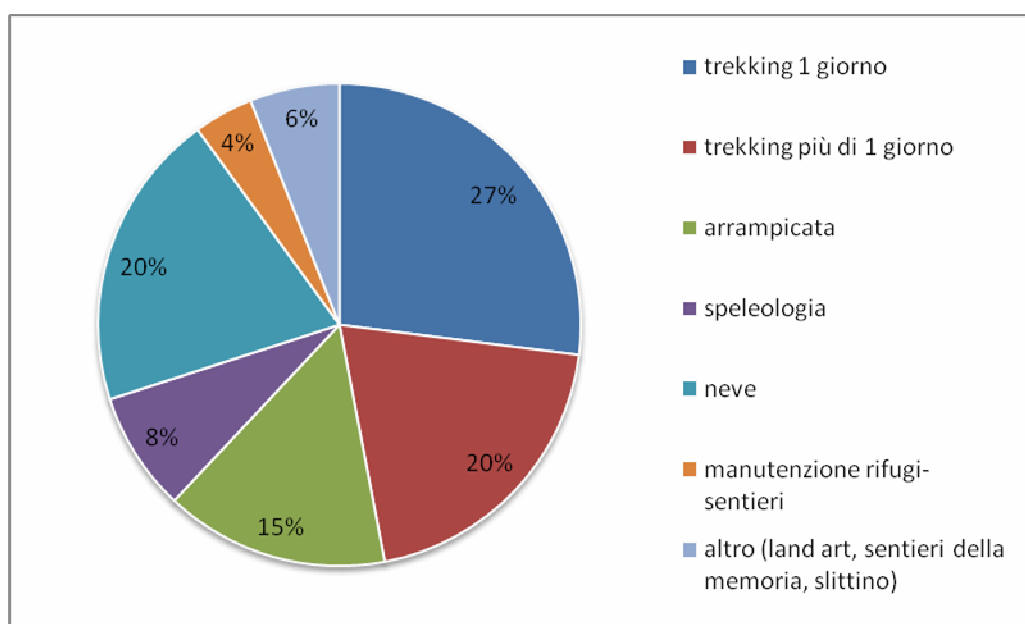
Altra attività praticabile, ma meno diffusa delle altre, in quanto molto particolare e per certi versi rischiosa, è la speleologia, ovvero l'escursione in grotta (8%). Per i pazienti psichiatrici affrontare un ambiente angusto e senza sbocchi come una grotta, può essere altamente destabilizzante, perché si trovano di fronte a una delle loro più grandi paure, ossia quella di rimanere intrappolati, chiusi dentro, senza una via d'uscita. L'operatore deve essere quindi particolarmente abile sia nello scegliere i pazienti adatti a tale attività sia nell'aiutare maggiormente coloro che presentano più difficoltà. Questa tecnica risulta pertanto sconsigliata a pazienti che soffrono di attacchi di panico, in quanto potrebbero diventare difficili da gestire e provocare reazioni a catena anche negli altri utenti, o a coloro che soffrono di fobie legate agli spazi chiusi o al buio.

Vi sono inoltre gruppi che hanno individuato altre tecniche che possono essere utilizzate all'interno del gruppo di montagna terapia: una fra tutti la manutenzione di rifugi e sentieri (4%), da parte degli stessi pazienti, retribuiti con borse lavoro da

parte dello stesso C.A.I., progetto che unisce alla perfezione gli effetti positivi dell'ambiente montano e dell'inserimento lavorativo. Un'altra tecnica, utilizzata dalla Cooperativa Libbra di Marostica (Vi), è quella denominata "sentieri di memoria", dove un paziente a turno si improvvisa guida e conduce gli altri sui sentieri conosciuti durante la propria infanzia, illustrando le caratteristiche del luogo servendosi dei suoi ricordi. Questa particolare tecnica agisce sulla fase rievocativa, cercando di contrastare quei disturbi della memoria che spesso sono tipici di alcune malattie psichiche, come l'amnesia dissociativa in cui il paziente non è in grado di ricordare alcuni avvenimenti della propria storia o le allomnesie (illusioni della memoria), ovvero ricordi incompleti, falsati dalla tematica affettiva o da particolari contenuti di pensiero.³⁶ Ciò risulta positivo, in quanto il paziente evoca sensazioni passate e piacevoli, lasciando ai suoi compagni la possibilità di immedesimarsi in quanto detto e di portare a loro volta ricordi simili.³⁷

La montagna risulta quindi un ambiente sfruttabile nella sua totalità, ma occorre fare una precisazione: non si può dare il nome di "montagna terapia" a qualsiasi attività che venga svolta in ambiente montano, specialmente a escursioni o altro rivolte alla popolazione "sana", in quanto tale tecnica riabilitativa è rivolta principalmente a utenze disagiate e in quanto tale, è necessario svolgere momenti di valutazione sull'andamento del paziente all'interno del gruppo.

Grafico 15
TECNICHE UTILIZZATE



2.5 Modalità di svolgimento dei gruppi di montagna terapia

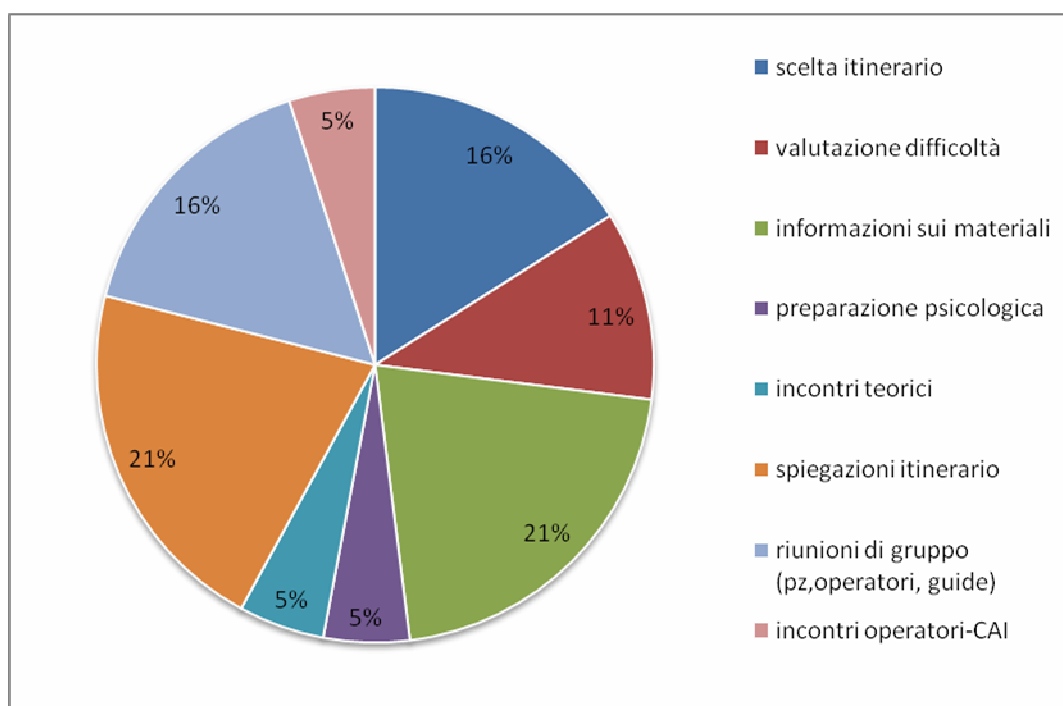
Come abbiamo detto, un gruppo di montagna terapia non è caratterizzato unicamente dall'uscita, ma anche da incontri preparatori e momenti di verifica post uscita.

Il 75% dei gruppi intervistati pianifica l'escursione insieme ai pazienti e l'86% svolge incontri di preparazione all'attività in montagna: questi due aspetti sono molto importanti perché, in questo modo, gli utenti si sentono direttamente partecipi, non subiscono passivamente le scelte dei propri operatori e vengono informati sulle modalità di svolgimento dell'uscita.

Gli incontri preparatori variano molto da un gruppo all'altro: la maggior parte si occupa della scelta dell'itinerario e del materiale necessario (21%), seguito dall'illustrazione dell'itinerario (che viene quindi scelto dalle guide e dagli operatori) e da riunioni di gruppo, in cui si esplorano paure e aspettative (16%), mentre altri gruppi hanno optato per momenti di preparazione psicologica, incontri tra operatori e guide e incontri teorici sull'ambiente montano (5%). Tali incontri sono fondamentali per affrontare al meglio l'uscita, in quanto i pazienti vi arrivano più preparati, fisicamente e psicologicamente, e più motivati e responsabilizzati, magari affidando a ciascuno un compito ben preciso da portare avanti per l'intera durata del gruppo. Può esserci il paziente addetto alle fotografie, il responsabile delle attrezzature o del pronto soccorso, quello che chiude il gruppo ecc. ruoli simbolici ma che caricano di grande responsabilità l'utente, motivandolo ulteriormente.³⁸

Grafico 16

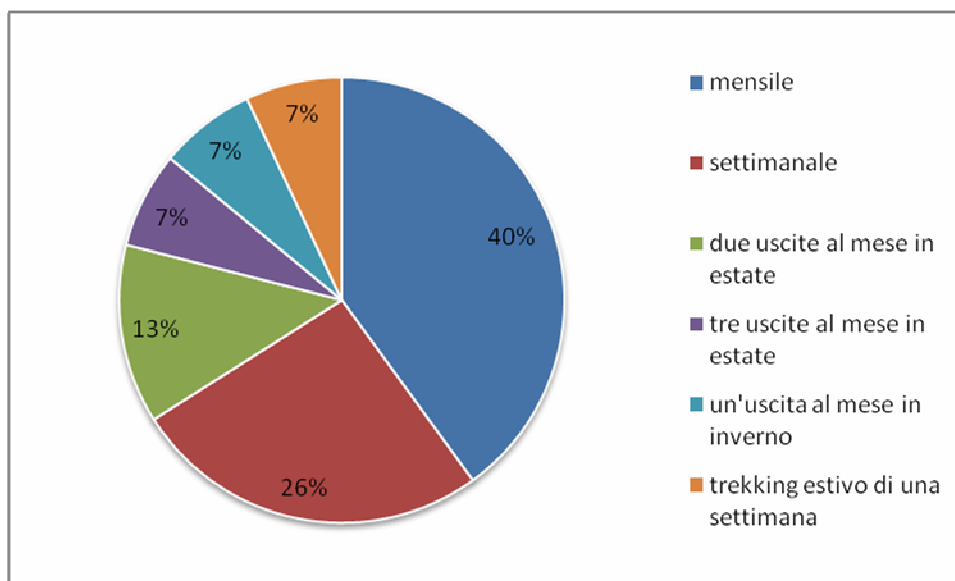
MODALITA' DEGLI INCONTRI PREPARATORI



Per quanto riguarda la frequenza con cui si svolgono le uscite il risultato attesta che nella maggioranza dei casi (40%), è a cadenza mensile anche se una buona percentuale (26%) è a cadenza settimanale. Altri gruppi fanno due (13%) o tre (7%) uscite al mese in estate, mentre una sola in inverno (7%), mentre altri dedicano un'intera settimana al trekking durante l'estate (7%). Non esiste un "dosaggio" preciso per quanto riguarda le uscite, ogni gruppo è libero di scegliere la modalità ritenuta migliore, a patto che sia in grado di gestirla alla perfezione per evitare ripercussioni negative sui pazienti.

Grafico 16

FREQUENZA DELLE USCITE



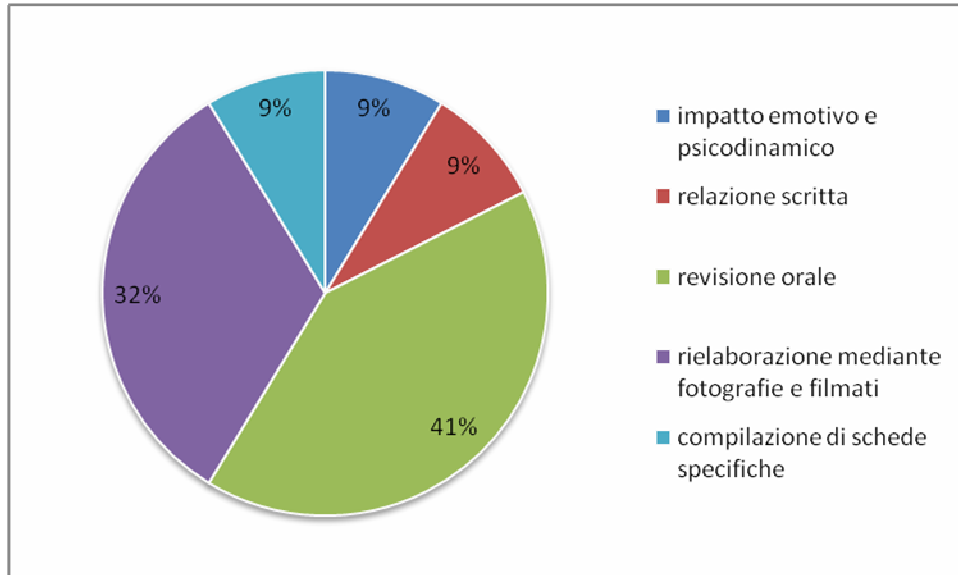
Al ritorno delle uscite occorre ripercorrere insieme ai pazienti le esperienze affrontate, in parte per smorzare l'impatto psicologico ed emotivo che queste hanno prodotto, in parte per poter monitorare continuamente gli utenti che partecipano al gruppo.

Questi incontri post uscita vengono effettuati dal 67% dei gruppi sottoposti al questionario, secondo diverse modalità: la maggior parte utilizzano la revisione orale (40%), che è la più diretta e favorisce maggiormente il dibattito fra i componenti del gruppo, la rielaborazione e rievocazione dell'uscita mediante fotografie e filmati realizzati in quell'occasione (32%), utile perché i pazienti possono rivedersi commentando i propri errori e le proprie conquiste, gli incontri con lo psicologo per valutare l'impatto emotivo e psicodinamico che l'esperienza ha prodotto nel singolo paziente (9%), la revisione scritta (9%) e la compilazione di schede specifiche (9%), che hanno però il grosso limite di impedire lo scambio di impressioni fra gli utenti.

Il gruppo di montagna terapia si articola quindi su più piani (preparazione, uscita, verifica) e si svolge quasi sempre a cadenza settimanale, con giorni ed orari fissi, per evitare confusione da parte dei pazienti. Il luogo in cui si svolge ovviamente non può essere sempre il solito perché, uscite a parte, a volte c'è la necessità di servirsi di sedi esterne, come sedi C.A.I., palestre ecc.: tuttavia sarebbe buona norma convocare ugualmente i pazienti presso la sede della struttura (centro diurno, comunità ecc.) per poi recarsi tutti insieme nel luogo prestabilito, venendo a saldare ulteriormente il legame interno al gruppo.

Grafico 17

MODALITA' DI VERIFICA POST USCITA



Capitolo tre

Valutazione dei risultati

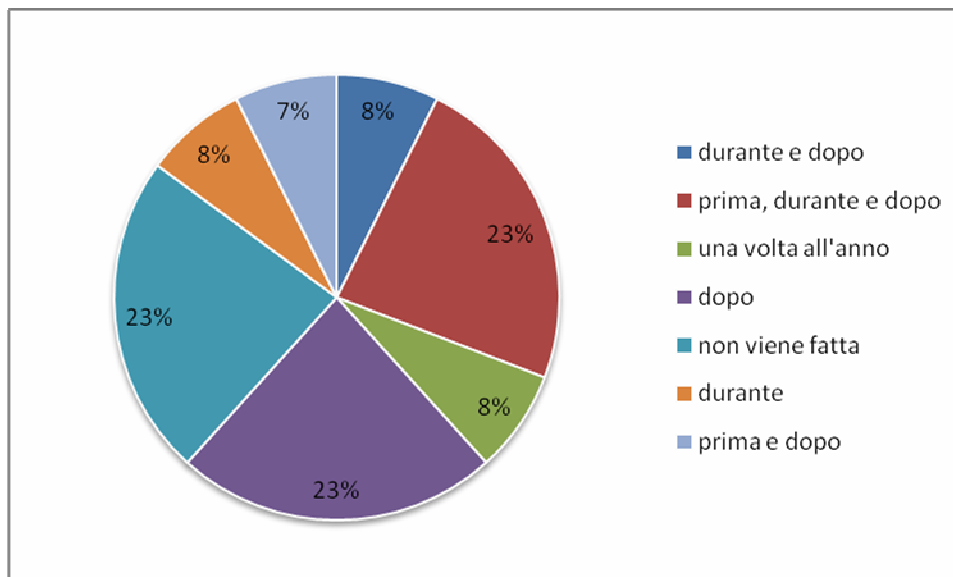
3.1 Frequenza delle valutazioni nei gruppi di montagna terapia

Se per quanto riguarda la modalità di svolgimento di un gruppo di montagna terapia si riescono a trovare punti in comune tra i progetti attivi sul territorio, così non è per quanto riguarda la fase valutativa: ogni struttura, infatti, utilizza lo strumento che ritiene migliore per valutare l'impatto che il gruppo ha avuto sul paziente, facendo sì che sia molto difficile arrivare a una codificazione scientifica dei risultati dovuti alla montagna terapia.

Questo fenomeno si ravvisa già nella frequenza con cui vengono svolti i momenti di valutazione sull'andamento del percorso dei pazienti: si va dalle strutture che non svolgono nessuna verifica (23%) a quelle che valutano i loro utenti prima, durante e dopo l'uscita (23%), passando per gruppi che osservano i pazienti solo dopo l'escursione (23%), durante e dopo (8%), prima e dopo (7%), solo durante (8%) e in alcuni casi, una volta l'anno, alla conclusione del gruppo (8%).

Grafico 18

FREQUENZA DELLE VALUTAZIONI



Ovviamente ciascuna struttura è libera di svolgere le proprie valutazioni con la frequenza che ritiene più idonea, purché questa riesca a monitorare al meglio l'andamento del singolo paziente. Sarebbe tuttavia utile decidere, stilando un apposito protocollo che codifichi le regole fondamentali della valutazione nell'ambito della montagna terapia, ogni quanto verificare i risultati raggiunti grazie a tale gruppo,

per poter valutare con maggior efficacia i miglioramenti e i peggioramenti dei pazienti.

Un esempio di tale codificazione può essere la scelta di sottoporre il paziente ad una valutazione iniziale, prima del suo inserimento nel gruppo di montagna terapia, per poter vedere quali sono i suoi punti di vista, le sue aspettative e i suoi deficit, ad una valutazione a metà del percorso, per valutare l'impatto che l'attività sta avendo su di lui, e in fase finale, alla conclusione del gruppo, per creare un raffronto tra le aspettative e i risultati reali ottenuti dall'utente. Volendo, si può effettuare una verifica a qualche mese dalla sospensione del gruppo, per valutare se gli effetti benefici dovuti alla montagna terapia hanno un riscontro anche nella vita quotidiana del paziente.

3.2 Strumenti di valutazione

La valutazione è un aspetto fondamentale in psichiatria, in quanto permette sia di individuare il livello di funzionamento globale dell'individuo sia di monitorare l'andamento di un intervento riabilitativo.³⁹ Gli strumenti utilizzati a questo scopo sono molto vari e specifici e ogni struttura, o addirittura ogni gruppo riabilitativo, si serve di quelli ritenuti più idonei per indagare i risultati ottenuti. Ciò accade anche per i vari gruppi di montagna terapia sparsi sul territorio italiano: ognuno ha il suo strumento valutativo privilegiato, che aiuta a comprendere meglio le potenzialità di tale tecnica riabilitativa.

Secondo la ricerca eseguita, la maggior parte dei gruppi intervistati si serve di questionari individuali per monitorare l'andamento dei pazienti (27%). I test utilizzati prendono spunto da scale già esistenti e alcuni gruppi utilizzano addirittura il questionario elaborato da Francesca Fumanelli nella sua tesi di laurea, perché permette di realizzare un'indagine completa in tutte e tre le aree (emozionale, corporea e relazionale).

L'uso di questionari autosomministrati è particolarmente indicato per valutare l'evoluzione del singolo utente in maniera veloce ed efficace, basandosi sul suo punto di vista, ma può risultare ostico per quei pazienti che hanno particolari difficoltà cognitive e che necessitano pertanto di un aiuto da parte dell'operatore.⁴⁰

Altra modalità piuttosto usata è l'osservazione del singolo paziente (23%) da parte dell'operatore: tale attività deve essere però strutturata e il materiale raccolto va

organizzato, per poterlo utilizzare ai fini valutativi. Per monitorare e conservare le osservazioni svolte, molti gruppi hanno creato delle schede dell'uscita in cui vengono registrate non solo le notizie logistiche dell'attività (durata, dislivello, tecniche utilizzate ecc.) ma anche il comportamento dei pazienti, le dinamiche di gruppo e tutto ciò che risulta rilevante per poter verificare l'efficacia di tale percorso riabilitativo. È importante osservare soprattutto il grado di motivazione, la partecipazione alle attività, il grado di autonomia e gli aspetti della comunicazione non verbale che permettono di capire lo stato del paziente e il suo coinvolgimento all'interno del gruppo.⁴¹

Anche le scale di valutazione codificate e standardizzate sono parecchio utilizzate (14%): queste hanno il vantaggio di poter effettuare paragoni sia tra pazienti diversi che per lo stesso paziente, valutandolo durante tutta la durata del gruppo.⁴² Il limite che presentano è però legato al fatto che, rispondendo a domande prestabilite e limitate, il paziente non può esprimere interamente le proprie sensazioni legate al gruppo, impedendo così all'operatore di cogliere ogni aspetto utile ai fini riabilitativi.

Alcuni gruppi osservano la frequenza e la partecipazione alle uscite dei singoli pazienti per capire il loro grado di coinvolgimento e vedere così se il gruppo sta raggiungendo i risultati sperati e sta rispondendo alle iniziali aspettative degli utenti (8%). Il coinvolgimento personale del paziente è un elemento fondamentale all'interno di qualsiasi gruppo riabilitativo, perchè un utente motivato è più propenso a partecipare e collaborare con gli altri, sfruttando al massimo le potenzialità riabilitative del gruppo di cui fa parte.

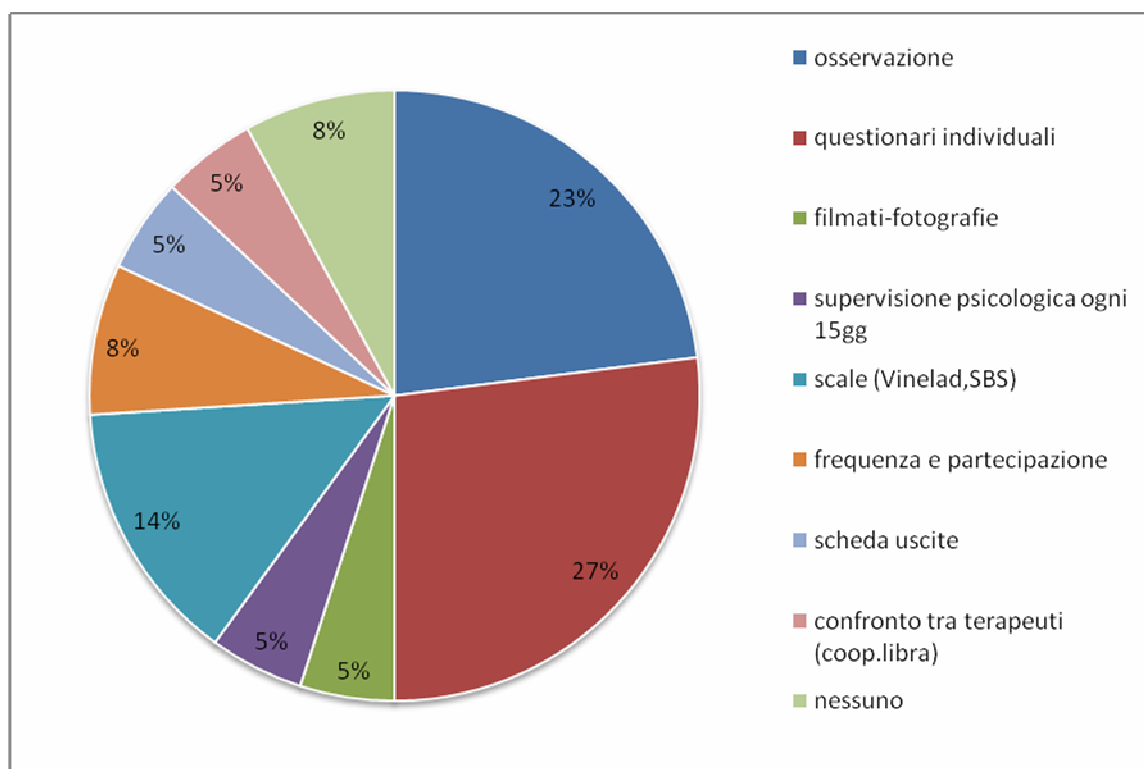
Vi sono poi strutture che hanno risposto di non utilizzare nessuno strumento valutativo specifico all'interno del gruppo di montagna terapia (8%): evidentemente tali strutture non svolgono valutazioni specifiche per ogni intervento riabilitativo, ma valutano il singolo paziente nella sua globalità. Questo aspetto impedisce però di cogliere quali miglioramenti nella vita dell'utente sono legati al gruppo di montagna terapia e ciò rappresenta un limite per arrivare alla codificazione scientifica dei vari aspetti di tale tecnica.

Vi sono inoltre altre modalità di cui si servono le strutture per valutare l'impatto del gruppo: la visione di fotografie e filmati realizzati durante l'uscita (5%), utile per cogliere gli aspetti della comunicazione non verbale che spesso sfuggono alla normale osservazione, la supervisione psicologica del singolo paziente (5%), fondamentale per smorzare l'impatto emotivo legato al gruppo, l'uso di schede

dell'uscita (5%), su cui annotare tutte le osservazioni utili evidenziate e il confronto tra i vari operatori (5%), importante perché ognuno, grazie alla sua specifica formazione, può cogliere aspetti diversi del comportamento del paziente ed è importante che queste considerazioni vengano condivise all'interno dell'equipe.

Grafico 19

STRUMENTI DI VALUTAZIONE



Un altro strumento valutativo informale e non codificato che può essere utilizzato per monitorare l'andamento del gruppo e dei singoli pazienti è il diario dell'uscita, compilato dagli stessi utenti e dagli operatori: questo si presenta come un classico "diario di bordo", dove vengono raccolte opinioni, aneddoti, avvenimenti significativi, impressioni e altro, senza porre nessun limite oltre a quello del rispetto reciproco. Questo strumento permette al paziente di esprimere liberamente le proprie sensazioni nella forma che preferisce, riportando semplicemente la sequenza degli avvenimenti o esponendosi di più, parlando anche delle proprie emozioni. Il diario può essere utilizzato per aiutare il paziente sia a condividere l'esperienza vissuta e a rivedere gli avvenimenti legati al gruppo attraverso gli occhi degli altri⁴³, sia a ricordare meglio quanto affrontato. Grazie a questo strumento si può inoltre compiere

un monitoraggio continuo che può essere svolto anche dal paziente stesso: leggendo i diari delle prime uscite svolte, ci si può rendere conto che alcune paure iniziali sono state superate e che le aspettative riposte nel gruppo sono state rispettate o meno. La lettura corale del diario e il ricordo delle imprese svolte inoltre aiuta ancora di più ad aumentare il senso di appartenenza al gruppo con cui si sono condivise tali esperienze e l'unione con gli altri utenti, aspetti da cui si può partire per estendere la rete sociale dell'individuo.

Per rendere ancora più efficace l'uso del diario, si può pensare di affiancarlo ad una valutazione più formale, svolta grazie a scale o a questionari codificati svolti in momenti precisi dello svolgimento del gruppo (prima dell'inserimento del paziente, a metà del percorso e alla fine), per monitorare in maniera più scientifica i risultati ottenuti e poterli confrontare tra loro.

Capitolo quattro

Risultati e limiti della montagna terapia

Nell'ultima parte della mia ricerca, ho voluto verificare se i risultati ottenuti nello studio del 2006²⁶ e nella tesi di Francesca Fumanelli²⁸ coincidessero con quelli osservati dai vari gruppi di montagna terapia. Pertanto ho incluso nel questionario due domande riguardanti le aree di miglioramento e di peggioramento osservate nei pazienti che partecipano al gruppo, per valutare il potenziale riabilitativo della montagna e vedere fino a che punto questa può essere utilizzata come strumento e setting nell'ambito della riabilitazione psichiatrica.

4.1 Aree di miglioramento

Dai questionari pervenuti, è emersa una buona corrispondenza tra quanto rilevato dai gruppi di montagna terapia e gli studi analizzati nel primo capitolo di questo elaborato. In entrambe le ricerche, infatti, emergeva un'importanza fondamentale per la dimensione relazionale dei pazienti e ciò viene confermato anche nei questionari raccolti: secondo il 28% delle strutture, i principali miglioramenti osservabili negli utenti che partecipano al gruppo di montagna riguardano le relazioni con gli altri. Nello studio del 2006²⁶ stando alla differenza tra le risposte alla scala WHOQOL a un anno dall'ingresso nel gruppo di montagna terapia e quelle prima dell'inizio di tale esperienza di +6,2, mentre nel Questionario di valutazione soggettiva dell'esperienza il punteggio di 84 raggiunto dalla sfera relazionale è molto alto, indice che questa è una delle aree in cui la montagna terapia produce più cambiamenti. Nello studio di Francesca Fumanelli²⁸ il 45% dei pazienti ha risposto di avere sempre allacciato amicizia con gli altri membri del gruppo, indice che la rete di relazioni dei partecipanti ha modo di espandersi grazie alla montagna terapia .

Questo aspetto fa sì che la montagna sia particolarmente indicata per quei pazienti particolarmente isolati o per quelli che hanno problemi tali da rendere difficile, se non impossibile, la relazione con gli altri, come nel caso dei pazienti borderline che hanno nella relazionalità il nodo centrale della propria patologia.

Altro miglioramento ravvisabile sia nei questionari raccolti sia nelle ricerche analizzate è quello legato all'aumento dell'autostima e della sicurezza in sé (26%), che risulta utile soprattutto per coloro che difettano di fiducia nelle proprie capacità. Ciò si può ravvisare anche nello studio del 2006, dove vi è stato un miglioramento della qualità di vita del +7,7, indice del corrispettivo aumento di fiducia nelle proprie potenzialità e della ricerca di Fumanelli, in cui il 52% dei pazienti risponde di avere

più fiducia nelle proprie capacità sempre o quasi sempre. Riacquisendo fiducia in se stesso il paziente è più motivato a seguire l'intero percorso riabilitativo e a sfruttare interamente il proprio potenziale anche in un'ottica lavorativa o di studio.

I miglioramenti legati alla dimensione corporea invece sono piuttosto limitati (7%), in quanto, la maggior parte delle volte, i pazienti che partecipano al gruppo di montagna terapia partono da condizioni di grande rallentamento e sovrappeso e quindi i miglioramenti osservabili sono piuttosto limitati. Dal punto di vista dei pazienti invece si osservano dei cambiamenti fisici in positivo: nello studio del 2006 il corpo risulta, secondo i questionari compilati dai pazienti, l'ambito in cui avviene un miglioramento più marcato, così come nella ricerca di Fumanelli, dove il 35% dei pazienti è sempre soddisfatto della propria forza fisica.

Tabella 1

CONFRONTO TRA I RISULTATI DEI TRE STUDI ANALIZZATI

	Studio n°1	Studio n°2	Studio n°3
Miglioramento delle relazioni sociali	28% dei miglioramenti ottenuti	differenza di +6,2 tra il secondo questionario e il primo nella scala WHOQOL, punteggio medio di 84/100 nell'ambito relazionalità del Q.V.S.E.	Items 18 e 20: il 45% dei pazienti ha sempre allacciato amicizia con gli altri membri del gruppo
Aumento dell'autostima	26% dei miglioramenti ottenuti	Livello di qualità della vita di 47,9/100 con un miglioramento di +7,7	Items 11 e 12: il 52% dei pazienti ha sempre o quasi sempre osservato un aumento di autostima
Miglioramenti fisici	7% dei miglioramenti ottenuti	Miglioramento di +12,35 secondo la WHOQOL e punteggio medio di 85,5 secondo il Q.V.S.E.	Item 12: il 35% dei pazienti è sempre soddisfatto della propria forza fisica

Legenda: Studio n°1 = questionari ai gruppi di montagna terapia

Studio n°2 = studio del 2006

Studio n°3 = ricerca di Francesca Fumanelli

Q.V.S.E.= Questionario di Valutazione Soggettiva dell'Esperienza

Un aspetto legato al corpo che migliora grazie alla montagna è l'allenamento alla fatica (9%), perché durante le uscite si sperimentano tecniche diverse che risultano molto impegnative e spingono il paziente a fare i conti con le proprie capacità e i propri limiti, aiutandolo a imparare a dosare le proprie energie e a fermarsi quando

necessario. Questo miglioramento è ravvisabile anche nello studio di Fumanelli, in quanto secondo le risposte date all'item 13 il 38% dei pazienti non ha mai o quasi mai paura di non farcela per la fatica provata.

In alcuni pazienti sono ravvisabili miglioramenti riguardanti l'autonomia personale (6%), fenomeno rilevabile anche nell'altra ricerca dove il 40% dei pazienti ha risposto di sentirsi più sicuro (item 28), in quanto per affrontare un ambiente particolare come quello montano, occorre che ognuno sia informato sul materiale necessario per l'uscita e si occupi personalmente della sua preparazione e del trasporto, senza dipendere troppo dalle guide e dagli operatori. Questo aumento di autonomia avrà ovvie ricadute positive sulla vita quotidiana del paziente, portandolo a svolgere attività autonome che prima non avrebbe nemmeno considerato.

La montagna terapia risulta inoltre piuttosto efficace per acquisire un maggior controllo delle emozioni e degli impulsi (6%), soprattutto di quelli legati all'ansia e al panico: l'ambiente montano, infatti, è connotato da una forte imprevedibilità, che spesso può provocare in chi lo affronta veri e propri sentimenti di paura (come nel caso di cambiamenti climatici improvvisi, frane o valanghe), dato confermato dal fatto che agli items 2, 4, 23, 24 del questionario elaborato da Francesca Fumanelli, il 48% degli utenti ha risposto di non presentare mai ansia prima e durante le uscite. Il paziente, già per sua natura particolarmente vulnerabile, deve perciò essere in grado di affrontare queste emozioni, sia per poter concludere l'escursione senza rischiare incidenti dovuti all'agitazione o al panico, sia per non spaventare ulteriormente gli altri, che si trovano nella medesima situazione e, presumibilmente, provano lo stesso disagio.

Per affrontare nel modo più sicuro possibile un'uscita in montagna, l'utente deve ascoltare in maniera meticolosa le indicazioni date dagli esperti, per evitare spiacevoli conseguenze dovute alla sua naturale inesperienza. Questo porta a un miglioramento nella comprensione delle consegne date (6%), fattore utile anche nell'ambito di altri gruppi riabilitativi, in quanto il paziente che è in grado di capire cosa deve fare, potrà giovare maggiormente degli effetti benefici del gruppo.

Vi sono inoltre altri piccoli miglioramenti dovuti alla montagna terapia, che il paziente può sfruttare a suo favore nell'ambito più vasto della vita quotidiana. Un esempio è il miglioramento del rapporto tra paziente e istituzioni (3%), in quanto queste ultime perdono la loro caratteristica connotazione di rigidità per aprirsi maggiormente verso l'esterno e venire incontro alle effettive necessità dell'utente. Anche nella ricerca di

Fumanelli emergono dati simili e in particolare vi è un miglioramento nel rapporto tra paziente e operatore sanitario (item 21): secondo il 38% dei pazienti infatti vi è sempre un cambiamento in positivo.

Il gruppo di montagna terapia ha portato a una parziale diminuzione del trattamento farmacologico per alcuni pazienti (3%), grazie ad una migliore gestione dell'ansia e degli impulsi da parte del paziente stesso. A ciò si accompagna una riduzione significativa dei pensieri negativi (3%), dovuta anche all'aumento dell'autostima e della fiducia nelle proprie capacità che riducono drasticamente i pensieri suicidari tipici dei disturbi dell'umore. Nell'.

Alcuni pazienti sviluppano inoltre un maggior interesse per l'ambiente circostante (3%), uscendo da situazioni di isolamento estremo e incrementando la loro socializzazione. L'interesse verso l'esterno inoltre aiuta il paziente a gestire in modo migliore il proprio tempo libero riempiendolo con attività che fino a qualche tempo prima sarebbero risultate impensabili.

Grafico 20

AREE DI MIGLIORAMENTO

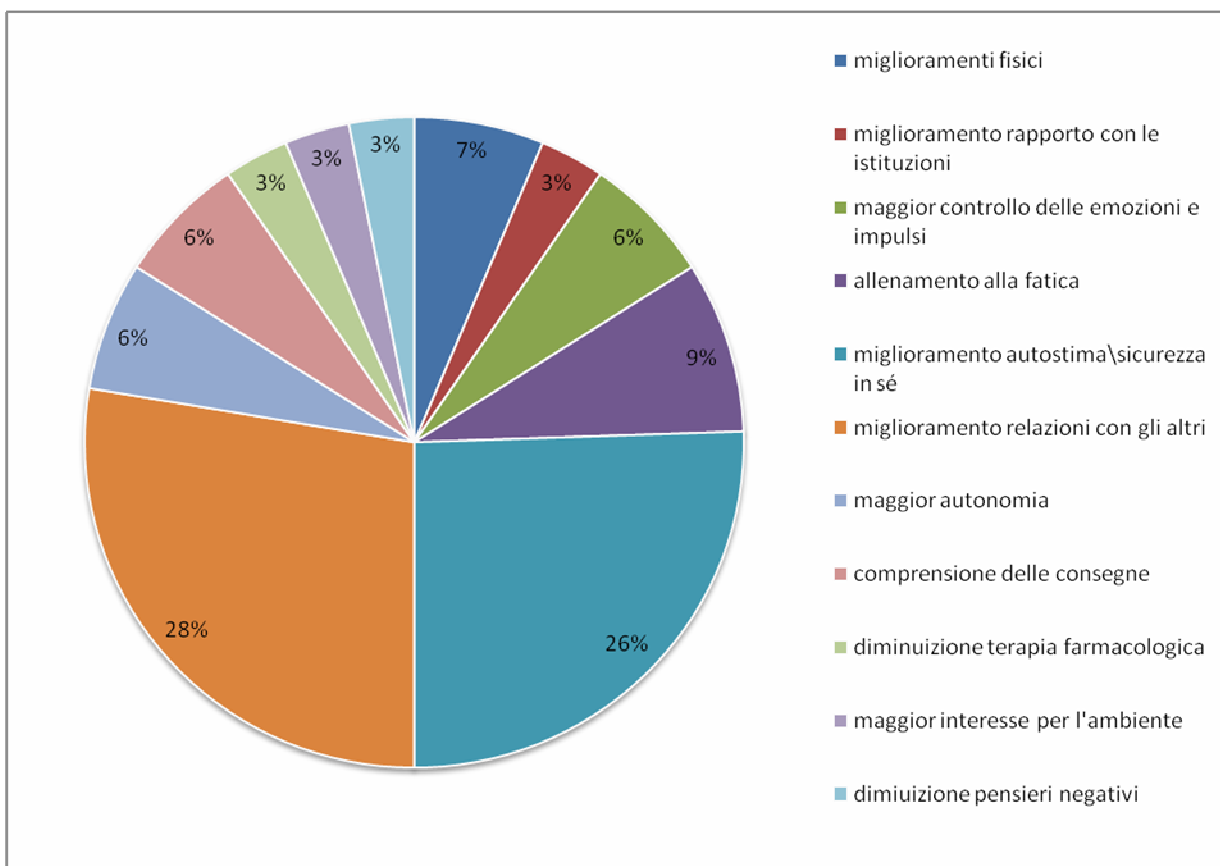


Tabella 2

CONFRONTO TRA I RISULTATI DEI DUE STUDI ANALIZZATI

	Studio n°1	Studio n°3
Miglior gestione della fatica	8% dei miglioramenti ottenuti	Item 13: il 38% dei pazienti non ha mai o quasi mai paura di non farcela per colpa della fatica
Miglioramento autonomia personale	6% dei miglioramenti ottenuti	Item 28: il 40% dei pazienti afferma di sentirsi sempre più sicuro
Miglior gestione dell'ansia	6% dei miglioramenti ottenuti	Item 2,4,23,24: il 48% dei pazienti non presenta mai ansia
Miglioramento del rapporto con le istituzioni	3% dei miglioramenti ottenuti	Item 21: il rapporto con gli operatori migliora sempre per il 38% dei pazienti
Diminuizione dei pensieri negativi	3% dei miglioramenti ottenuti	Item 27: il 56% dei pazienti prova sempre emozioni positive

Legenda: **Studio n°1:** questionario per i gruppi di montagna terapia

Studio n°3: ricerca di F.Fumanelli

4.2 Aree di peggioramento

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, la montagna terapia è una tecnica molto utile ai fini della riabilitazione psichiatrica, ma non è adatta a tutti i tipi di pazienti e presenta dei limiti non sottovalutabili.

Secondo il 56% dei questionari ricevuti, non si può tuttavia parlare di peggioramenti nella situazione clinica del paziente riconducibili unicamente al gruppo di montagna terapia. È piuttosto frequente che, data la difficoltà fisica e psicologica di tale tecnica riabilitativa, alcuni utenti non reggano l'impatto e decidano di smettere di frequentare il gruppo, fattore che non necessariamente è imputabile ai limiti dell'ambiente montano, ma che è dovuto a una sorta di incompatibilità tra paziente e modalità riabilitativa. Nella montagna terapia motivazione e passione rappresentano due prerequisiti fondamentali per l'inserimento dell'utente nel gruppo, perché l'amore per la montagna e i suoi ambienti ripaga da solo tutti gli sforzi, che agli occhi di uno scettico risultano inutili e vani. Questo dato è riscontrabile anche nello studio del 2006, dove si può notare che nessuna delle quattro aree indagate ha subito un peggioramento, e dalla ricerca di Fumanelli non emergono particolari problemi ad eccezione di qualche complicazione riguardante la percezione delle proprio corpo e il mantenere le amicizie anche al di fuori del gruppo.

In alcuni pazienti l'approccio con l'ambiente montano può portare a un'errata valutazione delle proprie capacità, in positivo (9%) e in negativo (9%). Può infatti capitare che un paziente affronti un'escursione o una scalata sopravvalutando le proprie forze o la propria resistenza, vivendo così l'uscita come un'occasione di competizione o come un momento per mostrare agli altri la propria superiorità, rischiando non solo di consumare le proprie energie prima del tempo, ma anche di mettere in pericolo se stesso e i propri compagni di avventura. Viceversa un utente che sminuisce le proprie capacità, può rifiutarsi di svolgere una determinata attività perché non si sente all'altezza, bloccando così l'intero gruppo. In entrambi i casi, l'operatore deve essere in grado di ridimensionare il pensiero del paziente, mettendolo di fronte all'evidenza dei suoi limiti o aiutandolo a capire che il segreto della buona riuscita di ogni impresa è racchiuso nelle proprie forze, che sono sempre presenti e vanno sfruttate nel miglior modo possibile.

A volte gli utenti si trovano in forte difficoltà davanti alle novità specialmente in un ambiente mutevole come quello montano, dove si possono sperimentare tecniche

diverse mai affrontate prima, e provano un vero e proprio sentimento di paura e smarrimento (9%). Qui entrano in gioco le capacità degli operatori e delle guide alpine di preparare il paziente, spiegando lo svolgimento delle attività in ogni singolo dettaglio, rispondendo alle domande poste e cercando di cogliere eventuali preoccupazioni e agitazioni. Il paziente va informato su tutto e va preparato in maniera adeguata sia dal punto di vista fisico che psicologico per far sì che affronti le uscite con la dovuta calma e serenità sapendo, nei limiti del possibile data la mutevolezza dell'ambiente, a quali rischi sta andando incontro.

Altra paura che limita molto il paziente all'interno del gruppo di montagna terapia è quella legata alla fatica fisica (8%), dato confermato anche nella tesi di Fumanelli dove all'item 8 che indaga sulla fatica provata durante l'uscita, il 28% dice di sentirsi sempre affaticato. Purtroppo non vi sono antidoti contro lo sforzo necessario per realizzare qualsiasi impresa in montagna, ma è importante cogliere perché è necessaria tanta fatica. A tal proposito, Marco Paolini, attore teatrale, scrive in uno dei suoi monologhi: *“Sono già un paio d'ore abbondanti che ti domandi chi te l'ha fatto fare, e guardi giù, e guardi avanti...Poi tutto un momento ti casca l'occhio indietro...Eccolo là...è in quel momento che capisci...capisci da solo perché son tre ore che marci, e sudi, sudi come un becco...è in quel momento che capisci perché valeva la pena di far tutta la fatica del mondo per arrivare lì. In quel momento lì. Perché giù, in fondo alla valle da dove sei partito, è tutto coperto di nuvole adesso. Ma tu sei sopra. E sopra è limpido. 360 gradi. Intorno è tutto limpido. Le crode là, a una a una che puoi toccarle con le mani...che se vuoi ci voli sopra, ci voli...come il rapace.”*⁴⁴ Ed è proprio questa la caratteristica principale della montagna: la sua vera bellezza può essere conquistata solo grazie allo sforzo, alla fatica, al sudore. Gli operatori devono quindi aiutare i pazienti a sopportare la stanchezza fisica per poter ammirare gli aspetti dell'ambiente montano in tutto il loro splendore.

Per alcuni pazienti inoltre risulta piuttosto difficile controllare le proprie emozioni e ciò può portare a un aumento dell'ansia e dell'iperattivazione (9%). L'operatore ha perciò il compito di valutare se tale comportamento può compromettere la partecipazione del paziente al gruppo, qualora fosse troppo limitante, oppure se è gestibile e può diventare un elemento su cui lavorare insieme all'utente. L'ansia inoltre può essere facilmente gestita grazie all'aiuto reciproco tra i partecipanti al gruppo di montagna terapia: si può in questo caso sfruttare la presenza di utenti che sono da tempo inseriti nel gruppo e che potranno aiutare i neofiti parlando delle proprie esperienze

passate e di come sono riusciti a superare le paure iniziali, facendo sì che i nuovi entrati abbandonino lo smarrimento dovuto alla novità e inizino a frequentare il gruppo con fiducia e buone aspettative.

Tabella 3

CONFRONTO TRA I RISULTATI DEI TRE STUDI ANALIZZATI

Legenda: **Studio n°1** = Questionario per i gruppi di montagna terapia

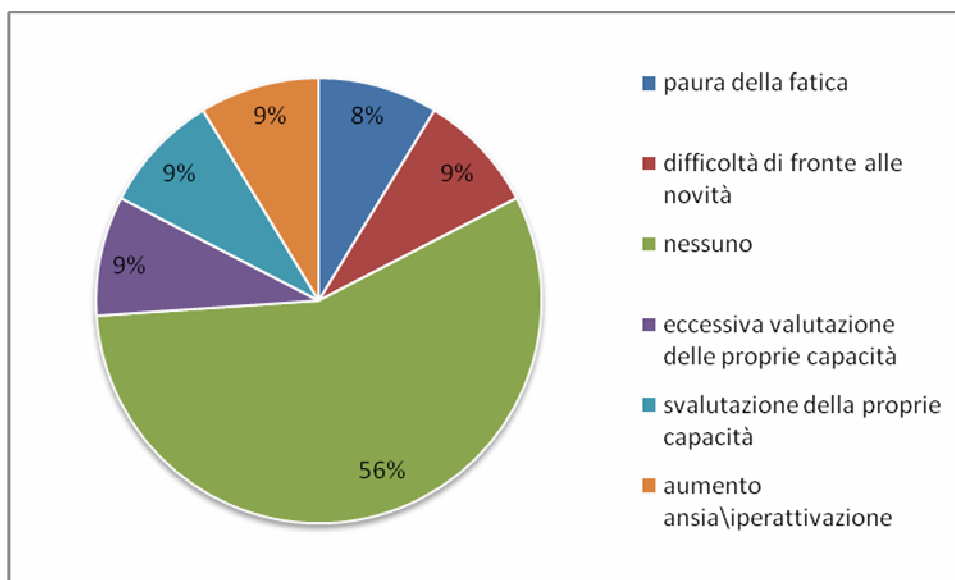
Studio n°2 = Studio del 2006

Studio n°3 = Ricerca di F.Fumanelli

	Studio n° 1	Studio n° 2	Studio n°3
Nessun Peggioramento	8% dei peggioramenti ottenuti	I risultati del confronto tra prima e dopo sono tutti positivi	Qualche problema nel percepire il proprio corpo
Problemi legati alla fatica	52% dei peggioramenti ottenuti	dato non rilevato	Item 8: il 28% dei pazienti prova sempre affaticamento del proprio corpo durante le uscite

Grafico 21

AREE DI PEGGIORAMENTO



4.3 Limiti e aspetti legali

Ogni estate i mass media riportano cronache di escursioni dai tragici esiti, durante le quali sprovveduti alpinisti o esperti presuntuosi perdono la vita nel tentativo di portare a termine la propria impresa. Va da sé che la montagna è un ambiente particolarmente insidioso e pericoloso e come tale va affrontato, evitando quegli eroismi che, la maggior parte delle volte, portano a conseguenze nefaste.

La pericolosità dell'ambiente aumenta in maniera direttamente proporzionale al grado di inesperienza degli escursionisti e della loro impreparazione ad affrontare gli eventi: per questo motivo è sempre auspicabile servirsi dell'accompagnamento di guide o esperti alpinisti che conoscono la montagna e sanno prendere i dovuti accorgimenti per impedire gli incidenti ad essa legati.

Nell'ambito della montagna terapia si ha inoltre a che fare con l'utenza psichiatrica, o comunque legata al disagio, e quindi con potenziali escursionisti molto più vulnerabili e difficili da gestire rispetto agli altri.

Lo psichiatra e l'equipe presso cui il paziente è in cura hanno il ruolo fondamentale di progettare per lui un percorso adeguato non solo in base ai risultati che si vogliono raggiungere, ma anche tenendo ben presenti le potenzialità di partenza del soggetto. Il progetto ipotizzato non deve essere troppo blando, perché il paziente risulterebbe troppo poco stimolato e non trarrebbe un reale giovamento dalla pratica riabilitativa, ma nemmeno troppo rigido e richiedente, perché l'utente potrebbe perdere fiducia nelle proprie capacità, rinunciando al percorso e isolandosi ancora di più. Lo stesso meccanismo è osservabile nell'ambito della montagna terapia: l'equipe inviata, insieme alle guide alpine, deve optare per attività adeguate allo stato di malattia dei partecipanti, senza forzature ed eccessive rilassatezze che possono annullare le potenzialità del gruppo. Scegliere tecniche troppo difficili e inadeguate alla patologia dell'utenza può risultare pericoloso e si può, in caso di incidente, andare incontro a provvedimenti legali. Durante le escursioni possono capitare piccoli infortuni (come cadute, storte eccetera) dovuti semplicemente a momenti di disattenzione da parte dell'escursionista, che può mettere un piede in fallo rischiando di farsi male: questi sinistri sono da considerare quasi fisiologici in montagna e non hanno, di solito, particolari ricadute negative sull'utenza. Ben diverso però è il capitolo riguardante incidenti più gravi e dovuti non ad una svista del paziente, ma ad un errore della guida o dell'operatore che lo hanno accompagnato durante l'escursione. In questo

caso occorre valutare con estrema attenzione se il sinistro è imputabile alla guida o all'operatore, per un loro errore dovuto a negligenza (atteggiamento passivo con mancanza o deficienza della necessaria sollecitudine operativa) o imprudenza (atteggiamento attivo di avventatezza o insufficiente ponderatezza nell'agire): nel primo caso, per evitare problemi, occorre sempre seguire ogni singolo paziente, evitando di lasciarlo solo e controllandolo senza però risultare eccessivamente asfissianti, mentre nel secondo bisogna valutare con estrema perizia lo stato clinico dell'utente, evitando che pazienti in fase di scompenso partecipino al gruppo, mettendo a repentaglio la propria sicurezza e quella degli altri.

Purtroppo, data la pericolosità dell'ambiente montano, può capitare che gli incidenti abbiano esiti mortali: finora, all'interno dei gruppi di montagna terapia sparsi sul territorio italiano non si è mai registrato nessun caso di morte tra i pazienti, ma se si decide di avvicinarsi a tale tecnica, bisogna tener conto che ciò potrebbe capitare. Anche in questo caso, bisogna valutare attentamente se la colpa di tale evento è imputabile al soggetto, in un suo particolare momento di disattenzione nonostante il supporto dei conduttori fosse presente e adeguato, o è riferibile alle guide, che non hanno messo a punto in maniera corretta tutte le misure di sicurezza necessarie per il corretto svolgimento dell'uscita, o agli operatori, che hanno sbagliato a proporre un certo paziente per il gruppo. Qualora l'incidente mortale sia imputabile a errori gravi delle guide alpine (che non hanno garantito la sicurezza necessaria) o degli operatori (che hanno sbagliato a valutare le reali capacità del paziente), si parla di vero e proprio "omicidio colposo" (articolo 589 del Codice Penale) "*Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. (...) Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni dodici*"⁴⁵, dove per colposo si intende "*contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.*" (articolo 43 del Codice Penale)⁴⁰. Guide e operatori devono pertanto essere consapevoli che l'ipotesi che, durante un'uscita, possa verificarsi un incidente dagli esiti mortali non è poi così remota e devono mettere in atto tutte le strategie possibili per far sì che l'escursione si svolga nella più totale sicurezza, informando i pazienti sull'itinerario, preparando con cura il materiale e soprattutto

scegliere un percorso di difficoltà adeguata alle caratteristiche fisiche e psicologiche dell'utenza.

Vi è inoltre un altro grande rischio che gli operatori corrono portando i propri pazienti in montagna: il suicidio, che risulta agevolato dalla particolare conformità dell'ambiente montano. Questo è un fenomeno che va previsto e funge da discriminante per l'inserimento degli utenti nel gruppo di montagna terapia. Qualora si dovesse verificare un tentativo di suicidio o un suicidio vero e proprio, va valutato il *"nesso di causalità"* tra tale atto e il comportamento di operatori e guide. Secondo l'articolo 40 del Codice Penale *"Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione ed omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo."*⁴⁶ Ciò significa che bisogna stabilire con sicurezza se l'evento, in questo caso il suicidio del paziente, è dovuto ad un comportamento errato del suo accompagnatore, che non è stato in grado di cogliere il suo stato di malessere e di seguirlo nella maniera adeguata.⁴⁷ In tal caso, si prenderanno i dovuti provvedimenti legali nei confronti di guide ed operatori che non sono stati in grado di tutelare in maniera corretta e compiuta la sicurezza dei propri utenti.

La pericolosità dell'ambiente rappresenta forse il più grande limite della montagna terapia, rendendola impraticabile per alcune tipologie di pazienti. Tuttavia questo problema può essere risolto grazie alla capacità di organizzazione della struttura presso cui si svolge il gruppo: è molto importante creare una rete formativa continua tra pazienti, operatori e guide alpine, al fine di rendere le uscite in montagna più sicure e proficue possibili. Questa operazione di *"messa in sicurezza"* del gruppo (termine riferibile al lessico tecnico della scalata e quindi adeguato al contesto) si svolge in più fasi: la prima è la scelta oculata dei pazienti da inserire nel gruppo, evitando soggetti che, a causa della loro patologia, possono mettere in pericolo se stessi e gli altri, la seconda è lo scambio formativo tra operatori e guide, per poter permettere il passaggio di quelle nozioni che risultano basilari per la sicurezza durante le uscite. Il terzo passaggio è rappresentato da un momento in cui i conduttori del gruppo spiegano ai pazienti gli accorgimenti che bisogna osservare per evitare incidenti e per poter svolgere le uscite in maniera tranquilla e serena. Ultima fase è quella dell'osservazione continua del paziente per poter cogliere i segni

di un eventuale fase di scompensamento o di paura nei confronti di un ambiente meraviglioso ma temibile allo stesso tempo.

Capitolo Cinque

**Un esempio di gruppo di montagna
terapia: il gruppo “Sopraimille” del
CSM di Arco (TN)**

Per capire meglio come è strutturato un gruppo di montagna terapia porterò come esempio il “Progetto Sopraimille” del Centro di Salute Mentale di Arco (TN), uno dei primi gruppi nati sul territorio italiano.

L’esperienza ha preso il via nel 2003 grazie all’idea degli operatori del CSM che decisero di inserire lo scenario della montagna nell’ambito della riabilitazione psichiatrica⁴⁸, partendo dal presupposto che se tale contesto poteva portare benessere a loro, avrebbe prodotto risultati benefici anche per i loro pazienti.¹⁷ Per realizzare tale progetto decisero di collaborare, per avere un ulteriore supporto tecnico e assicurativo, con la sezione S.A.T. di Riva del Garda e con la Guida Alpina Paolo Calzà, stilando un apposito protocollo riportato qui di seguito:

Protocollo d’Intesa Programmatica

Scopo di questo documento congiunto è di consolidare la collaborazione tra

U.O. n°5 di Psichiatria della A.P.S.S.

e la

Sezione S.A.T.- C.A.I. di Riva del Garda

Nel periodo maggio 2003-novembre 2004 è stata progettata,definita ed attuata la fase sperimentale del progetto (la cui prima stesura viene allegato al presente documento e ne costituisce parte integrante).

Il progetto a tutt’oggi ha comportato:

- *Il coinvolgimento di 12 utenti del CSM di Arco (per questa fase sperimentale)*
- *10 uscite di difficoltà e caratteristiche diverse*
- *4 incontri con finalità tecnica presso la sede S.A.T.*
- *Circa 12 incontri di verifica e riflessione presso la sede del CSM, con finalità terapeutica-riabilitativa*
- *Lo sviluppo di contatti con realtà che attuano, in Italia, esperienze simili*
- *L’organizzazione del primo “Convegno Nazionale di Montagnaterapia” nel settembre 2004*
- *La presentazione di articoli su riviste locali e nazionali e di relazioni in due Convegni Nazionali*
- *La produzione di materiale scientifico, formalizzato in una tesi di laurea presso l’Università di Verona*

- *Un'iniziativa congiunta in occasione della "Giornata Nazionale della Salute Mentale"*

Tutto ciò premesso

Si considera

- *La positività dell'esperienza nel suo insieme*
- *Il buon livello di preparazione ed integrazione raggiunto dagli operatori del CSM e dai soci della S.A.T. sul tema della montagna terapia*
- *La positività dei risultati ottenuti dal gruppo di pazienti e dai singoli, come anche dimostrato da rilevazioni specifiche effettuate nel corso dell'esperienza*
- *Il buon impatto d'insieme avuto sia nell'ambito del CSM che nell'ambiente della S.A.T.*

Si decide

- *Di considerare conclusa la prima fase, a carattere sperimentale*
- *Di considerare il progetto "Sopraimille" come progetto stabile e continuativo,*
- *Di proseguire la sperimentazione di nuove strategie riabilitative, sempre inseribili nell'ambito della "montagna terapia"*

Si sottoscrive l'impegno

- *A promuovere, implementare e monitorare questa collaborazione tra CSM di Arco e S.A.T. di Riva del Garda*
- *A sorreggere l'esperienza (nei limiti imposti dalla presenza di sufficienti risorse umane) con la conferma di un gruppo di lavoro composto da personale medico-infermieristico del CSM e da soci della S.A.T. I dipendenti della A.P.S.S. ed i soci della S.A.T. metteranno a disposizione le loro rispettive competenze della realizzazione del progetto."⁴⁹*

Sin dall'inizio, sono stati individuati gli obiettivi del progetto, al fine di avere ben chiaro su cosa mirare durante lo svolgimento del gruppo: favorire l'aggregazione e la socializzazione, favorire il contatto con realtà "esterne", creando opportunità di socializzazione con persone al di fuori del circuito psichiatrico, ripresa del contatto con il proprio corpo, acquisizione di competenze tecniche e manuali, legate all'uso dell'attrezzatura e accrescere, attraverso il confronto con gli altri e

con l'ambiente, la conoscenza di sé e l'autostima.⁵⁰ Come si può osservare, tali scopi coincidono con i risultati attesi e poi verificati dagli altri gruppi sottoposti al questionario, indice che sono questi gli ambiti migliorabili grazie alla montagna terapia.

I destinatari di tale progetto furono inizialmente cinque giovani utenti del Centro di Salute Mentale di Arco (TN) che formarono un gruppo composito ed equilibrato. La scelta di tali pazienti avvenne in linea con il loro progetto riabilitativo⁵¹ e senza individuare a priori patologie che potessero controindicare o favorire la partecipazione a tale esperienza.⁴⁷

Il progetto si è svolto in tre fasi: una iniziale di progettazione e preparazione, una di attuazione e una di verifica dei risultati.

Nella fase preparatoria, a cui erano presenti solo gli operatori del CSM e i soci S.A.T., sono stati individuati gli obiettivi del percorso (già precedentemente citati) e sono stati svolti incontri formativi tra *“tecnici della montagna”* e *“tecnici della mente”*⁴⁷: ai primi sono state date informazioni teorico-pratiche sulla relazione con i pazienti, mentre ai secondi è stata trasmessa una serie di competenze e conoscenze specifiche relative all'ambiente montano. Questo scambio reciproco ha permesso di individuare quali strumenti e tecniche utilizzare durante il gruppo di montagna terapia per poter andare incontro alle esigenze degli utenti e migliorare le loro condizioni cliniche.

Grazie a questi incontri è emersa la specificità del ruolo dell'operatore e di quello della guida alpina: il primo ha il compito di fare da *“tutor”* al paziente, monitorandone i risultati e aiutandolo a gestire l'impatto emotivo provocato dalla montagna, mentre il secondo presenta e gestisce gli aspetti tecnici delle uscite e guida il gruppo, diventandone a tutti gli effetti il conduttore.⁴⁷

La fase attuativa si divideva ulteriormente in due parti. La prima, di tipo teorico-conoscitivo, era caratterizzata da una serie di incontri, svolti presso la sede della S.A.T. di Riva del Garda (TN), per permettere la conoscenza reciproca tra guide e pazienti e per dare quelle informazioni di tipo tecnico utili durante le uscite. Questa prima parte aveva lo scopo di creare quell'ambiente gruppale positivo e di collaborazione tra utenti, operatori e soci S.A.T. indispensabile per la buona riuscita del gruppo.

La seconda invece era la parte *“pratica”*, in cui si entrava in contatto in modo diretto con l'ambiente montano e le sue tecniche. La periodicità delle uscite

veniva definita di volta in volta a seconda dell'esigenza del gruppo e secondo una scala di difficoltà crescente: dalle semplici escursioni nei dintorni del CSM si è passati alle vie ferrate, agli sci, all'arrampicata e alla discesa in grotta.⁵² Le uscite inoltre si svolgevano con finalità diverse: durante i primi incontri il principale obiettivo era quello di creare una dimensione gruppale favorevole per far sì che i pazienti si giovassero al meglio del potenziale riabilitativo della montagna, mentre durante i successivi è stato dato spazio ad altri aspetti legati all'esplorazione dell'ambiente circostante, come l'osservazione della natura e gli aspetti culturali dei luoghi visitati.⁴⁷

L'ultima fase del progetto era quella inerente la verifica dei risultati, per vedere se gli obiettivi stilati inizialmente erano stati perseguiti. Per avere un riscontro il più fedele possibile sono stati messi a punto alcuni strumenti di valutazione specifici per la montagna terapia.⁵³ Il primo strumento utilizzato era la "*Scheda dell'uscita*" dove gli operatori riportavano i loro commenti riguardanti le caratteristiche dell'uscita (luogo, tecnica utilizzata ecc.), il livello di difficoltà e l'osservazione sulle dinamiche all'interno del gruppo e sui singoli partecipanti.⁵⁰

Ogni paziente inoltre aveva la sua "*Scheda di osservazione della persona*", compilata dall'operatore e divisa in tre sezioni: la prima, riguardante la preparazione tecnica della persona, con un punteggio che va da 1 (pessimo) a 5 (molto buono), la sua dimensione psicopatologica, in cui si valuta l'andamento della giornata partendo da 1 (disturbo assente) fino ad arrivare a 5 (disturbo molto grave), mentre nella terza si monitorano i farmaci assunti in tale periodo.⁵⁰

Vi è infine una "*Scheda di osservazione sulle riunioni*" in cui si valuta la partecipazione del paziente (attiva, passiva o indifferente) e la qualità del suo atteggiamento (oppositivo, indifferente o collaborativo).⁵¹

Nel corso degli anni il numero dei pazienti che partecipano a tale gruppo è aumentato in maniera significativa, passando dai 5 pazienti inseriti nel 2003 ai 18 partecipanti del 2006.⁵⁰

Nel 2004 il gruppo era composto da 10 pazienti, di cui uno abbandonò il gruppo dopo pochi incontri, le cui diagnosi, che come abbiamo visto non fungono da fattore discriminante per l'ingresso nel gruppo, erano schizofrenia (4), disturbi di personalità (4) e autismo (1). Per valutare l'impatto del gruppo, si decise di sottoporre gli utenti a due tipologie di valutazione: la "valutazione d'esito" e la "valutazione della soddisfazione". I risultati di questa verifica sono stati raccolti ed

elaborati nella tesi di laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica di Sara Scaramuzza.⁵⁴

La *valutazione d'esito* viene realizzata sottoponendo ai pazienti una scheda personale che ha lo scopo di verificare il miglioramento dovuto al progetto e il raggiungimento di obiettivi specifici per ogni uscita. Ogni attività svolta all'interno del gruppo è stata valutata secondo tre parametri:

- **Gruppalità:** stima la capacità di “rimanere nel gruppo” e di avere relazioni valide, congrue ed efficaci con gli altri componenti
- **Attrezzatura/Abbigliamento:** capacità di usare in maniera appropriata l'abbigliamento e l'attrezzatura tecnica necessari per l'uscita
- **Progettualità:** capacità di partecipare alla progettazione della successiva gita

Inoltre ad ogni uscita corrisponde uno specifico obiettivo che va raggiunto o in alternativa monitorato per vedere quali sono le carenze dei pazienti riguardo ad una particolare tematica.

Tabella 4
OBIETTIVI SPECIFICI PER OGNI USCITA

I uscita	Capacità di stabilire prime, semplici relazioni all'interno del gruppo
II uscita	Riuscire a seguire con interesse e partecipazione gli aspetti informativo/didattici proposti
III uscita	Affrontare le difficoltà dell'ambiente (freddo, fatica ecc) in maniera congrua
IV uscita	Confrontarsi con l'elemento “verticalità” ed arrivare a gestire il rischio e la paura positivamente
V uscita	Miglioramento del rapporto con la verticalità e sviluppo di un rapporto di fiducia con l'altro
VI uscita	Affrontare la fatica (per un'escursione con discreto dislivello) in maniera congrua

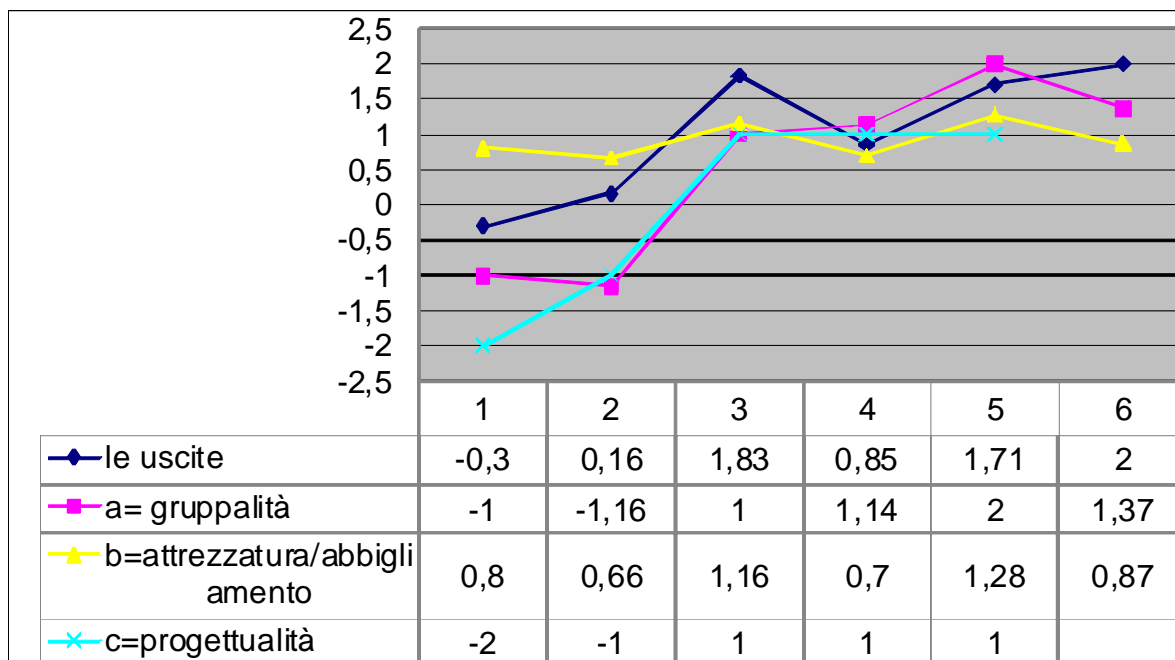
La valutazione avviene mediante una scala di 5 valori che vanno da -2 (assenza totale del parametro indagato e mancato raggiungimento dell'obiettivo prefissato

per l'uscita) a +2 (presenza del parametro indagato o raggiungimento dell'obiettivo prefissato per l'uscita).⁵²

I risultati sono qui riportati nel grafico:

Grafico 22

RISULTATI DELLA VALUTAZIONE D'ESITO



Da tali risultati emerge che quasi tutti gli obiettivi sono stati raggiunti e che vi è stato un miglioramento in tutti e tre i parametri indagati nelle ultime uscite rispetto alla prima. Da osservare è il parziale peggioramento coincidente con la quarta uscita, dove è stata utilizzata per la prima volta la tecnica di arrampicata, attività particolarmente difficile soprattutto per l'utenza psichiatrica. La progettualità e la gruppaltà sono i due parametri in cui ci sono state più difficoltà ma anche quelle in cui vi sono stati più miglioramenti (da -2 a +1 per la progettualità e da -1 a +1,37 per la situazione gruppale). I dati inerenti all'attrezzatura sono rimasti piuttosto stabili, indice che i pazienti, dopo le spiegazioni iniziali da parte degli operatori e dei soci S.A.T. sono stati in grado di occuparsi in maniera adeguata del proprio materiale, dimostrando un buon grado di autonomia personale. Per quanto riguarda invece gli obiettivi fissati per ogni uscita si può notare come, ad eccezione della prima uscita in cui l'obiettivo di stabilire semplici relazioni non è stato pienamente raggiunto (punteggio di -0,13), le aspettative relative ai miglioramenti sono state rispettate, in particolar modo per quanto riguarda la

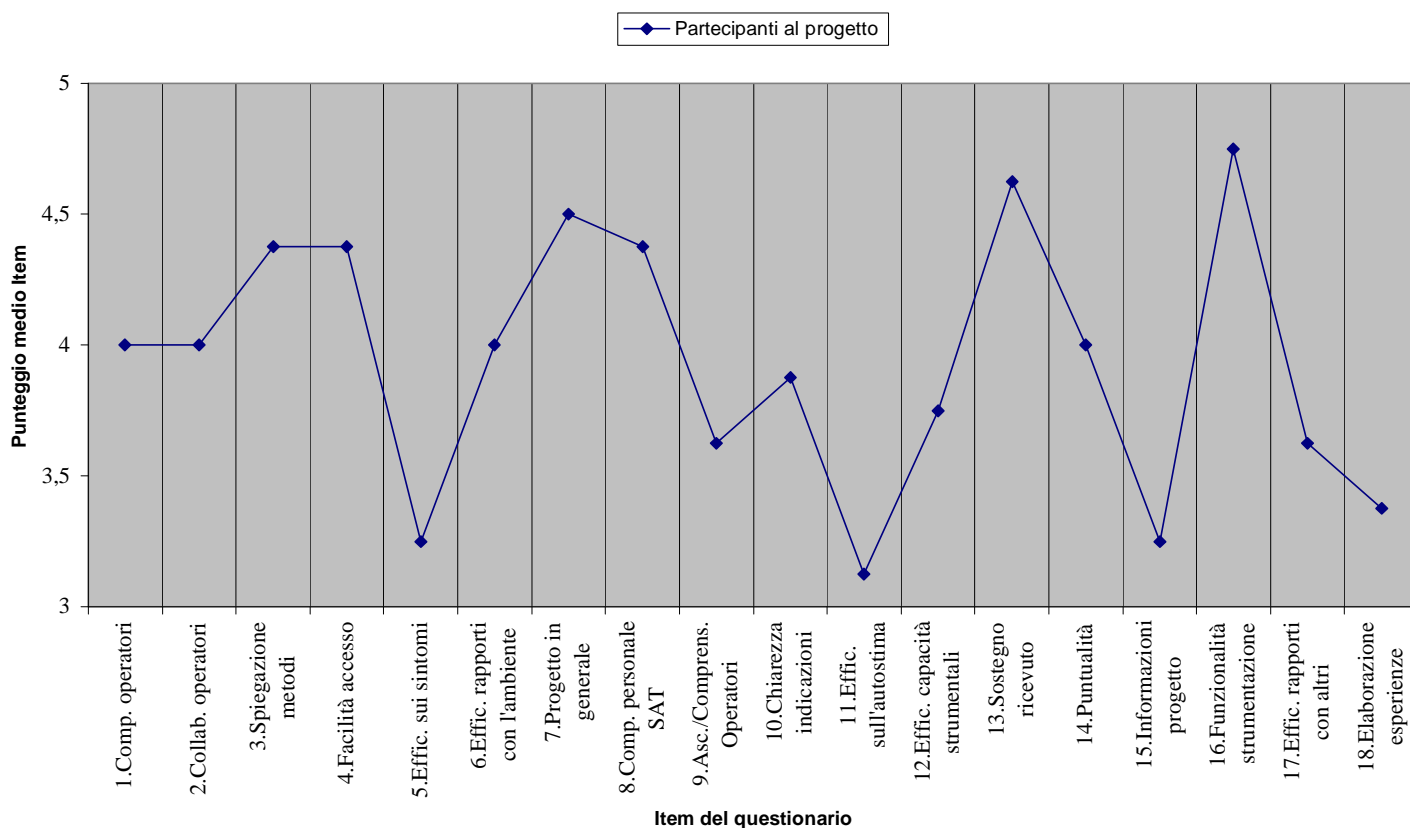
capacità di saper far fronte alle difficoltà dell'ambiente (uscita 3, +1,83) e affrontare la fatica in maniera congrua (uscita 6, +2).⁵² I risultati di questa indagine coincidono pertanto con quelli emersi dagli altri studi affrontati in precedenza, soprattutto quelli legati alle relazioni sociali tra utenti, all'autonomia personale e alla capacità di gestire la fatica fisica.

Per quanto riguarda la “*valutazione della soddisfazione*”, ai 9 pazienti del gruppo è stato sottoposto un questionario di gradimento che prende spunto dalla scala VSSS (Verona Service Satisfaction Scale), questionario validato che valuta la soddisfazione nei confronti dei Servizi di Salute Mentale.⁵⁵ Della VSSS sono stati considerati gli items riguardanti la soddisfazione dei pazienti, modificati in seguito per adattarli alle necessità valutative del progetto “Sopraimille”.

Il test è composto da 18 domande chiuse a cui rispondere utilizzando una scala Likert da 1 a 5 (pessimo, per lo più insoddisfacente, misto, per lo più soddisfacente, ottimo). Gli items sono stati raggruppati in 5 aree d'indagine:

- **Soddisfazione Generale:** items 7 (progetto in generale) e 13 (sostegno ricevuto)
- **Comportamento e maniere degli operatori:** items 1 (comportamento operatori), 2 (collaborazione con gli operatori), 8 (comportamento del personale S.A.T.), 9 (ascolto e comprensione da parte degli operatori) e 14 (puntualità di svolgimento delle uscite)
- **Informazione:** items 3 (spiegazione dei metodi), 10 (chiarezza delle indicazioni date) e 15 (informazioni sul progetto)
- **Accesso:** items 4 (facilità di accesso al gruppo) e 16 (funzionalità della strumentazione fornita)
- **Efficacia:** items 5 (efficacia sui sintomi), 6 (efficacia rapporti con l'ambiente), 11 (efficacia sull'autostima), 12 (efficacia sulle capacità strumentali), 17 (efficacia sui rapporti con gli altri) e 18 (elaborazione generale dell'esperienza).

Vediamo ora i risultati medi ottenuti nel seguente grafico:

Grafico 23**RISULTATI DELLA VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DIVISI PER ITEMS**

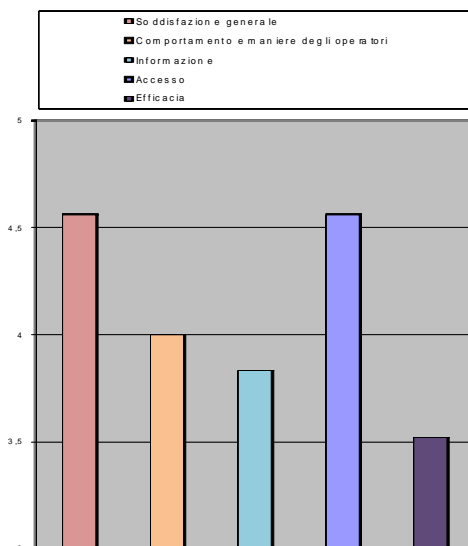
La prima cosa che si nota osservando questo grafico è che i punteggi sono piuttosto elevati, in quanto in tutti e 18 gli items il punteggio è superiore a 3 (valore medio corrispondente alla risposta “misto”). Tali risultati inoltre integrano e completano quanto emerso nella “*valutazione d’esito*”: si noti infatti come il punteggio più alto ottenuto nella “*valutazione della soddisfazione*” corrisponde alla funzionalità degli strumenti utilizzati (4,75), dato conforme ai risultati del parametro Attrezzatura/Abbigliamento.

Piuttosto bassi risultano invece i punteggi legati all’efficacia del progetto per quanto riguarda i sintomi (3,25), l’autostima (3,125) e le relazioni con gli altri (3,625), fattori che risultano in controtendenza con i risultati ottenuti da tutti gli altri studi fin qui analizzati. Tuttavia non bisogna vedere questo dato come negativo, in quanto i valori sono sì più bassi degli altri ma essendo, anche se di poco, superiori a 3 determinano una parziale situazione di fiducia.

Raggruppando gli items secondo le aree di indagine precedentemente individuate emergono i seguenti dati:

Grafico 24

RISULTATI DELLO STUDIO SCARAMUZZA DIVISI PER AREE D'INDAGINE



Si notino dunque i valori positivi (4,6) per quanto riguarda le aree di soddisfazione generale del progetto, che riscuote pertanto un buon successo tra i pazienti, e di accesso, indice che gli utenti non riscontrano particolari difficoltà per quanto riguarda l'ingresso al gruppo. Anche il comportamento degli operatori è valutato in maniera positiva (4, corrispondente al giudizio "per lo più soddisfacente"), dato molto rassicurante perché se il paziente valuta in maniera positiva il proprio rapporto con l'operatore, sarà più propenso a collaborare con lui, aspetto fondamentale in tutti gli ambiti della riabilitazione. Un poco più basso (3,8) è il punteggio inerente le informazioni sulle modalità di svolgimento dei gruppi: su

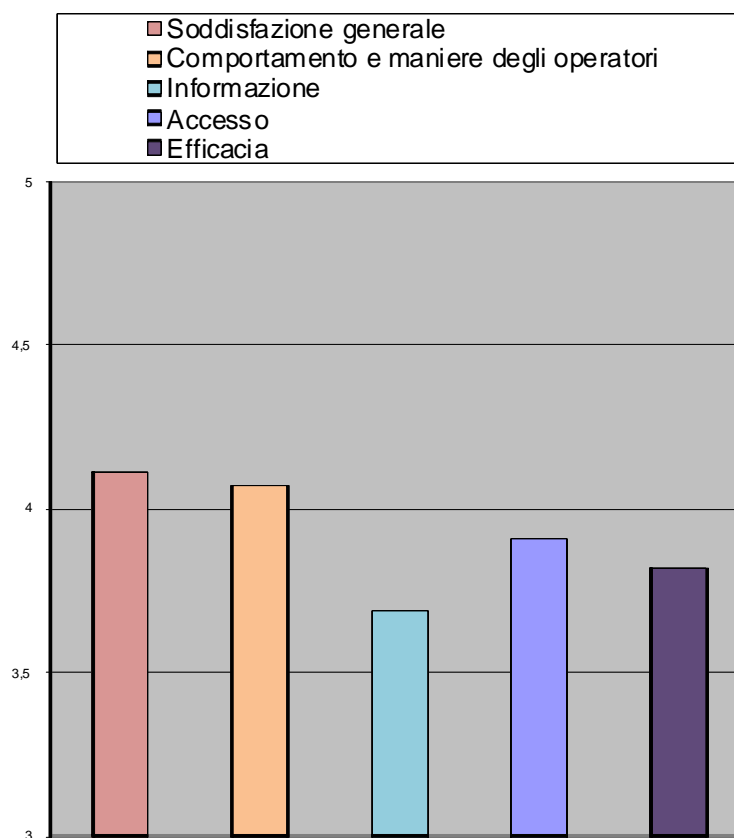
questo aspetto bisogna puntare molto, perché, come si è visto, in un ambiente pericoloso come la montagna è indispensabile che tutti i partecipanti al gruppo siano informati sui rischi che si possono correre e sulle indicazioni per contrastare i pericoli che si possono incontrare. Chiudono i dati relativi all'area efficacia (3,55) che come abbiamo visto, è l'ambito più problematico individuato da questa indagine e su cui si deve lavorare per far sì che i miglioramenti osservati dagli operatori, vengano avvertiti, e quindi sfruttati, anche dai pazienti stessi.

Per comprendere meglio questi dati, occorre fare un paragone con un altro studio che valuta la soddisfazione degli utenti nei confronti dei Servizi di Salute Mentale, realizzato nel 2002 dal Dipartimento di Salute Mentale n°2 savonese, di Savona e ripreso successivamente dal Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali dell'Università degli Studi di Pavia.⁵⁶ Per valutare la soddisfazione dei pazienti, si è deciso di sottoporre ad un campione di 329 utenti in cura presso il suddetto DSM, la VSSS (Verona Service Satisfaction Scale)⁵⁵ a 54 items. Dal momento che alcuni questionari risultavano compilati in maniera parziale o erronea, solo 301 schede sono state ritenute valide ai fini della ricerca. Come nello studio di Scaramuzza⁵⁴, le dimensioni indagate sono state 5: la soddisfazione generale, il comportamento e le maniere degli operatori, l'accesso, l'efficacia e l'informazione.

Dai questionari compilati dai pazienti emerge che il punteggio medio della scala Likert (il cui massimo lo ricordiamo è 5) è di 4,11 per quanto riguarda l'area di soddisfazione generale, di 4,07 per il comportamento e le maniere degli operatori, di 3,91 per l'accesso, 3,82 per l'efficacia e 3,69 per l'informazione.

Grafico 25

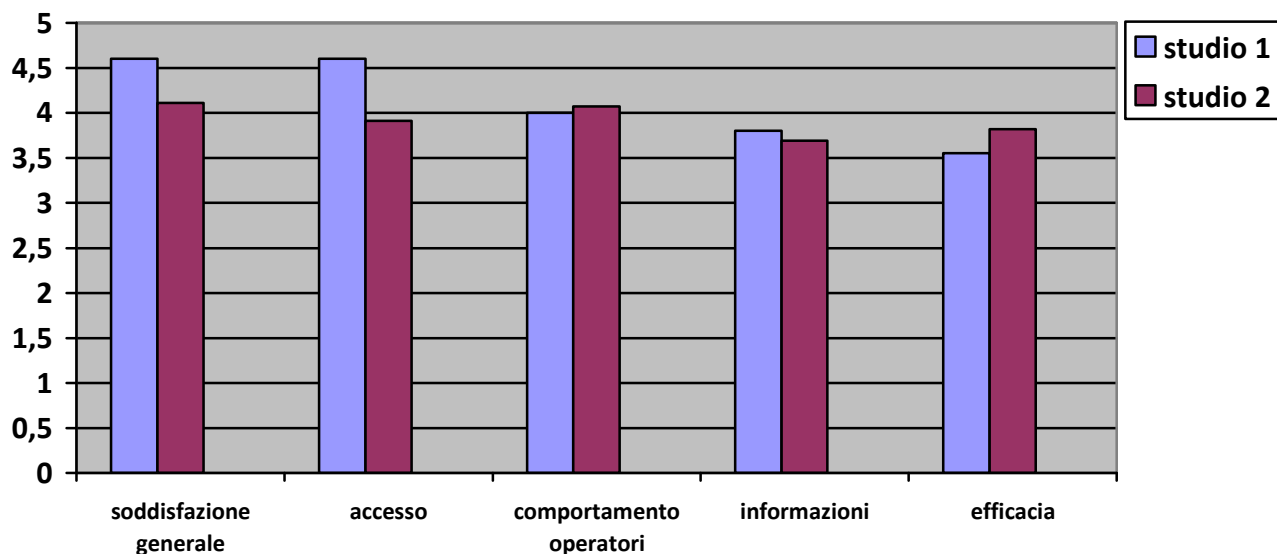
RISULTATI DELLO STUDIO DEL DSM N°2 SAVONESE DIVISI PER AREE D'INDAGINE



Si proceda dunque ora alla comparazione tra la ricerca di Sara Scaramuzza, riguardante la soddisfazione degli utenti per quanto riguarda il gruppo di montagna terapia (studio 1) e lo studio del Dipartimento di Salute Mentale n°2 Savonese che indaga la soddisfazione dei pazienti nei confronti dei Servizi di Salute Mentale (studio 2).

Grafico 26

COMPARAZIONE TRA LO STUDIO DI SCARAMUZZA E LO STUDIO DEL DSM N°2 SAVONESE



Dalla comparazione tra i due studi, ci si accorge subito che la soddisfazione generale è decisamente maggiore per quanto riguarda il gruppo di montagna terapia e ciò sta ad indicare che questa è un'attività generalmente piacevole secondo i pazienti intervistati, che si sentono più soddisfatti dell'organizzazione di tale gruppo, rispetto alla struttura in generale. Anche la modalità di accesso risulta migliore nel primo studio rispetto al secondo, indice che il paziente ritiene facile accedere al gruppo di montagna terapia, mentre si osservano dei leggeri problemi in più per quanto riguarda l'accesso alle strutture, fatto probabilmente dovuto agli orari di chiusura dei centri o alla mancanza di operatori. Per quanto riguarda le informazioni fornite, i pazienti ritengono adeguati i materiali e le indicazioni date per poter affrontare il gruppo, mentre il punteggio riguardante i servizi in generale è un poco più basso, dato che dovrebbe portare a riflettere sul fatto che gli utenti a volte non vengono informati in maniera adeguata sul proprio percorso riabilitativo o di cure.

In controtendenza con quanto affermato finora invece sono i dati riguardanti il comportamento degli operatori e l'efficacia, che infatti hanno ottenuto un punteggio medio superiore nel secondo studio rispetto al primo.

Secondo i pazienti intervistati infatti il comportamento degli operatori dei Servizi di Salute Mentale risulta migliore di quello di coloro che conducono il gruppo di montagna terapia. A tal proposito però occorre rammentare una cosa: tra gli

operatori che si occupano di accompagnare i pazienti in montagna, sono annoverati anche i soci S.A.T. e le guide alpine, che pertanto non hanno una formazione adeguata e non sanno relazionarsi con i pazienti psichiatrici alla stessa maniera dei professionisti che lavorano nell'ambito del disagio psichico.

L'efficacia del gruppo montagna, risulta inoltre inferiore rispetto a quella dimostrata dai Servizi, secondo l'opinione dei pazienti. Bisogna però ricordare che sotto la dicitura servizi di salute mentale, vi sono tutti gli interventi terapeutici e riabilitativi di cui il paziente può avvalersi ed è quindi normale che l'insieme di tutte le azioni risulti più efficace del gruppo singolo.

Da notare è inoltre il divario tra soddisfazione ed efficacia della montagna terapia: i punteggi alti dimostrano che tale attività nel complesso piace ai pazienti, mentre la sua efficacia reale è da loro poco avvertita. Occorre quindi che l'operatore aiuti il paziente a comprendere gli effetti riabilitativi della montagna, valorizzando al massimo i cambiamenti positivi.

Il successo ottenuto dal progetto "Sopraimille" ha fatto sì che molti altri gruppi operanti nell'ambito della montagna terapia lo assumessero come punto di riferimento: gli operatori del CSM di Arco infatti hanno stabilito una serie di contatti con altre realtà che si occupano di esperienze simili sul territorio italiano, creando così una fitta rete il cui scopo principale è quello di far conoscere il più possibile l'alto potenziale riabilitativo della montagna.

Capitolo sei

La montagna terapia in Italia

Le pratiche legate alla montagna terapia, utilizzate nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, iniziano a riscuotere un buon successo e pertanto si stanno diffondendo in molte strutture sparse su tutta la Penisola: la creazione della rete che fa capo al sito www.sopraimille.it e al CSM di Arco (TN) è una prova tangibile di questa diffusione capillare, così come la necessità di ricorrere alla suddivisione in Macrozone per permettere uno scambio tra gruppi che sia il più fecondo possibile. In questo capitolo verranno descritti alcuni progetti di montagna terapia messi in atto da alcune strutture operanti nell'ambito della salute mentale e provenienti da diverse zone del Paese, per dimostrare che, nonostante le basilari differenze tra gruppi, gli scopi e i risultati ottenuti rimangono gli stessi.

6.1 Fondazione Emilia Bosis

La Fondazione Emilia Bosis nasce nel luglio 1998, raccogliendo l'eredità della comunità Logos sita presso l'Ex Ospedale Psichiatrico di Bergamo⁵⁷: nel 1997, infatti, era nato il progetto "*Montagna Solidale*", grazie al quale alcuni utenti affrontarono escursioni impegnative come quelle sul Monte Bianco e sul Monte Rosa.¹

La Fondazione diede inoltre vita a un progetto che ancora oggi la pone all'avanguardia nell'ambito della montagna terapia: il trekking internazionale. Dal 14 al 30 ottobre 1998, infatti, un gruppo di pazienti psichiatrici si recò, sotto la guida dell'alpinista Agostino Da Polenza, in Nepal, alla piramide del Consiglio Nazionale delle Ricerche posta a 5050 metri nella valle del Kumbu, alle pendici del monte Everest. La spedizione richiese, oltre ad un numero di operatori congruo alle esigenze, una valida equipe di supporto all'escursione (guide, sherpa per il trasporto di attrezzature pesanti eccetera) e un'adeguata preparazione fisica da parte dei pazienti, viste la difficoltà dell'escursione e la particolare altitudine del percorso scelto.

Due anni dopo, dal 19 novembre al 10 dicembre 2000, il gruppo "Liberamente" decise di recarsi in Patagonia, svolgendo un percorso itinerante tra Argentina e Cile. Per capire meglio la sensazione provata dai partecipanti al gruppo prima della partenza ci si può affidare alle parole di Patrizia Riviera, fotografa della spedizione: "*Ero terrorizzata, avevo paura di non farcela: fare trekking, dormire in tenda. Prima di partire c'era la paura come sempre, la mia solita paura. Umberto ha fatto quello che*

volevo fare anch'io: prima di partire è scappato. Aveva paura di volare. Anch'io. Una sigaretta dopo l'altra. Umberto e i suoi occhi trasparenti, trasparenti come i miei: "parchi-deposito di follie". Prima di partire io non sapevo che avrei fatto un viaggio dentro di me."⁵⁸ La dimensione del viaggio è particolarmente rappresentata nell'ambito del trekking internazionale, in quanto per poter raggiungere mete così lontane, occorre prepararsi a un lungo percorso che si svolge utilizzando mezzi di trasporto che possono creare qualche problema nel paziente psichico, come ad esempio l'aereo. Occorre quindi che fra paziente e operatore vi sia una grande fiducia reciproca per poter superare insieme quelle paure che possono precludere la possibilità di usufruire di un'opportunità unica come il trekking nella Terra del Fuoco. A contatto con la natura incontaminata incontrata lungo il percorso, secondo Pier Giacomo Lucchini, presidente della Fondazione Bosis *"la riabilitazione psichiatrica diviene poesia, letteratura esistenziale, vocabolario dell'anima e soprattutto una avventura autentica tra le meraviglie della natura: da Buenos Aires a Puerto Natales, alle Pendici delle Torri del Paine in Cile, dall'incantevole laguna Amarga a El Calafate al possente ghiacciaio Perito Moreno, dalla solitaria laguna Capri a El Chalten alle pendici dei maestosi Fitz Roy e Cerro Torre sino al deserto patagonico del lago Viedma, ed infine alla incontaminata natura della Penisola di Vadès. Un'esperienza di vita. In comune.*"⁵⁹ Da queste parole emerge la necessità di "fare gruppo" e di condividere insieme (operatori, pazienti e accompagnatori) non solo la fatica dell'escursione ma anche la soddisfazione di aver portato a termine l'impresa e la consapevolezza di esplorare luoghi unici proprio perché sono stati raggiunti a piedi, senza servirsi della comodità dei mezzi di trasporto.

Nel 2003 (dal 26 gennaio all'8 febbraio) infine un gruppo di ospiti della Fondazione Bosis ha affrontato un lungo viaggio in Africa, durante il quale visitarono il Kilimanjaro National Park in Tanzania.

Camminare in montagna vuol dire essere consapevoli dei propri limiti, fisici e psichici, ma anche fare di tutto per superarli e andare oltre. Per questo motivo, il 2 febbraio 2003 un manipolo di pazienti e di operatori decisero di superare quello che era il "record storico" di altitudine mai raggiunto da un gruppo della Fondazione Bosis, rappresentato dai 5050 metri raggiunti nel 1998 durante la spedizione in Nepal. L'impresa è così descritta nel diario di bordo in cui il gruppo annotava le sue impressioni: *"Gli altri si incamminano lentamente su per una ripida cresta rocciosa: si sale molto piano, la quota si fa sentire, ogni passo è ben ponderato, tutto è*

*tremendamente difficile. Dopo circa due ore, alle 10.15 ora tanzanese di domenica 2 febbraio 2003 quando in Italia sono le 8.15, l'orologio di Giampietro emette l'attesissimo suono: siamo a 5070 metri di altitudine, è stato stabilito il nuovo record della Fondazione Emilia Bosis. Ci si abbraccia e qualcuno si commuove; sono tanti i pensieri che ora ti riempiono il cuore e la mente: ognuno di noi (...) trova la forza di gridare: "questo è il sorriso di fiducia e di speranza di tutta la Fondazione Bosis e di coloro che soffrono." (...) La stanchezza regna sovrana: siamo orgogliosi e felici per aver compiuto un'autentica impresa."*⁶⁰

Questi pochi metri di altezza in più rappresentano una grande conquista per i pazienti: i limiti, personali e comuni, vengono superati e ciò è stato possibile solo grazie alle forze e alla determinazione di ogni componente del gruppo. Il record è stato battuto, ma non dal singolo, bensì dall'unione di tutti, guide e operatori compresi.

L'esperienza di montagna terapia della Fondazione Bosis è stata decisamente positiva e i responsabili di tale iniziativa hanno riconosciuto l'importanza che tale tecnica ha nell'ambito del percorso riabilitativo dei pazienti. Dal momento che è piuttosto difficoltoso organizzare un trekking internazionale come quelli appena descritti, si è deciso di portare avanti in parallelo un gruppo di montagna terapia più legato al territorio italiano, che ha realizzato alcune imprese degne di nota come l'ascesa del Cevedale (3800 metri di quota) il 4 luglio del 2008.

Grazie a questi progetti i pazienti hanno avuto modo di mostrare le proprie capacità, dal momento che è stata data loro la possibilità di riproporsi in modo nuovo, lontano dai luoghi di cura che agli utenti spesso ricordano la parola "malattia" piuttosto che quella di guarigione.

Secondo Carlo Saffioti, medico psichiatra che ha seguito le spedizioni affrontate dalla fondazione Bosis, *"il comportamento dei pazienti si caratterizza con una grande capacità di adattamento alle realtà nuove che incontrano, per una forte solidarietà che si crea tra di loro e con tutti gli altri membri del gruppo (guide e operatori) per la partecipazione alle conversazioni e ai vari momenti di vita comunitaria. Non c'è stato in nessuno ritiro, depressioni abbandoniche o la riacutizzazione dei sintomi propri delle patologie di cui soffrono. E' come se, a contatto con situazioni nuove, libere da pregiudizi, ruoli sclerotizzati, affettività distorte, legami simbiotici eccetera il paziente riuscisse a mettersi nelle condizioni di chi può ricominciare da capo il proprio rapporto con la vita. Il paziente scopre un modo diverso rispetto a quello oramai*

*crystallizzato di relazionarsi con gli altri e le paure persecutorie e i deliri rimangono lontani. Le parti sane del paziente, sempre presenti, ricevono una scossa, una motivazione forte a riattivarsi.*⁶¹

Partendo infatti dai risultati ottenuti grazie alla partecipazione a questi trekking internazionali, 11 ospiti hanno lasciato la comunità per vivere in autonomia, dato che indica che i pazienti hanno ottenuto dei benefici tangibili grazie alla montagna terapia.

6.2 CPS Piario

Il Centro Psico Sociale di Piario, facente capo all'Unità Operativa psichiatrica n. 13 della provincia di Bergamo, ha iniziato la sua attività di montagna terapia nel 1994 nel territorio attorno alla propria sede di Clusone (BG).⁶² Nel 1995 inizia la collaborazione con la locale sezione del Club Alpino Italiano, che ha messo a disposizione i volontari e le competenze tecniche per poter svolgere le uscite in completa sicurezza e serenità. Grazie a questo sodalizio è stato creato un gruppo di lavoro formato dalla psicologa, dall'assistente sociale dagli infermieri e dagli educatori professionali del CPS e da alcuni soci del gruppo "marucc" ("maturi" in dialetto bergamasco) del CAI di Clusone. Inizialmente sono emersi alcuni problemi che sono diventati uno spunto per mettere in atto quegli aggiustamenti necessari per il corretto svolgimento del gruppo: fra gli accompagnatori infatti vi era una diffidenza iniziale legata soprattutto alla paura dei rischi durante le uscite, della responsabilità connessa ai possibili incidenti e alla scarsa preparazione dei pazienti, sia a livello fisico che tecnico (molti utenti infatti risultavano sprovvisti del materiale fondamentale per poter affrontare un'uscita in montagna). Questi timori iniziali hanno fatto sì che venissero attuate quelle modifiche necessarie per far sì che gli accompagnatori si trovassero nelle condizioni di guidare il gruppo in totale sicurezza e che i pazienti potessero sfruttare al meglio le potenzialità riabilitative offerte dalla montagna. I partecipanti al gruppo "montagna" hanno imparato a fidarsi degli altri e ad aiutarsi in modo reciproco in situazioni particolarmente difficili: questo aspetto può risultare molto utile perché così gli utenti possono sostenersi a vicenda anche durante le fasi più critiche della malattia mentale. Di contro, gli accompagnatori hanno superato le loro paure nei confronti del disagio psichico, riuscendo ad entrare in contatto con il

malato, imparando a mantenere le giuste distanze senza essere troppo distaccati o troppo invadenti.

L'esperienza del CPS Piario è un ottimo esempio di come la montagna terapia possa contribuire all'abbattimento dello stigma legato alla malattia mentale e come l'apertura delle strutture verso l'esterno possa essere un ulteriore arricchimento per la riabilitazione psichiatrica.

6.3 Cooperativa Libra

La cooperativa Libra di Marostica (Vi) si occupa di montagna terapia dal 2001, accogliendo all'interno del proprio gruppo quei pazienti che, previa autorizzazione dell'equipe inviante, si presentano in maniera volontaria. Costoro sono seguiti da operatori, uno psicologo, un educatore e il responsabile del progetto, studente di geografia, che insieme compongono il "*Laboratorio permanente di montagna terapia*" che si riunisce in caso di bisogno. Ogni gruppo è composto da circa 15 pazienti, seguiti da due operatori e occasionalmente da tirocinanti e volontari di varia natura.⁶³ A differenza della maggior parte dei gruppi finora citati, la Cooperativa Libra non si serve della collaborazione del C.A.I. o di altri enti simili, ma a volte vi è l'intervento di qualche guida alpina o esperto locale per particolari tipologie di itinerari (ad esempio per l'escursione sui sentieri storici del Monte Pasubio). Tra gli obiettivi principali del progetto vi sono il miglioramento della capacità di socializzazione, dell'autostima e della consapevolezza delle proprie capacità, dell'adattamento alle difficoltà (fisiche e psicologiche) e la stimolazione della curiosità verso il nuovo, della memoria attraverso i ricordi positivi e dell'aiuto reciproco tra partecipanti al gruppo.⁶³

La Cooperativa Libra cerca di stimolare l'interesse del paziente verso il mondo esterno servendosi non solo delle "tecniche classiche" quali escursioni, attività sulla neve e speleologia, ma anche di due attività particolari legate all'ambiente montano: il progetto "*Sentieri di memoria*" e la manutenzione di un sentiero appartenente al C.A.I.

"*Sentieri di memoria*" è un'attività che si basa sul vissuto del paziente, che si improvvisa guida dell'uscita conducendo i propri compagni a visitare luoghi montani particolarmente significativi per la propria storia. Dal momento che non sempre gli utenti hanno un passato legato alla montagna, questa attività non è regolare ma

viene alternata alle altre tipologie di uscite. Lo scopo del progetto è, oltre a quello di condividere con gli altri membri del gruppo il proprio bagaglio emotivo, di riscoprire tutte le sensazioni legate ai luoghi del passato, ricominciando a vedere i propri ricordi come qualcosa di positivo. La vita dei pazienti, soprattutto per quanto riguarda i luoghi, è sempre piuttosto precaria, in quanto gli spostamenti da una struttura e l'altra sono piuttosto frequenti, causando così una frammentazione di ricordi, spesso confusi, sugli ambienti frequentati. Partecipare alla realizzazione del progetto "*Sentieri della Memoria*", sia come guida effettiva che come programmatore della parte logistica, spinge il paziente a riunire i propri ricordi proprio come si fa con un mosaico, fino a ricostruire il proprio passato.

Un altro aspetto del progetto riguarda invece una sorta di "pellegrinaggio" sui luoghi significativi per il gruppo di montagna terapia. Durante le 400 uscite svolte dal gruppo, vi sono state numerose mete che sono rimaste fisse nell'immaginario degli utenti, in quanto teatro di imprese particolari o di grandi fatiche, magari tramandate dai racconti dei pazienti che partecipano al gruppo da più tempo. Questi incontri hanno lo scopo di far riflettere gli utenti sulle emozioni provate in passato, condividendole non solo con i vecchi compagni ma cercando anche di trasmetterle ai nuovi arrivati. In questo modo, il gruppo può creare al suo interno una rete di ricordi legati al luogo visitato, grazie al contributo emotivo dei pazienti più anziani e a quelli appena introdotti, che può essere recuperata ogni volta che se ne ha bisogno, sia da parte degli operatori sia da parte dei pazienti stessi che iniziano a vedere i propri ricordi come qualcosa di positivo.

Per quanto riguarda la manutenzione del sentiero del C.A.I., non si tratta di un vero e proprio inserimento lavorativo, in quanto i pazienti non percepiscono alcun tipo di stipendio, come avviene per altri gruppi, ma di un'attività che permette agli utenti di provare un forte senso di responsabilità nei confronti di tutti gli escursionisti che si troveranno ad affrontare tale sentiero. Il paziente psichiatrico infatti non è quasi mai caricato di eccessiva responsabilità e non ha ambiti di competenza specifici: in questo caso invece gli viene affidato un compito importante come quello di "segnare il sentiero" per far sì che gli altri escursionisti non si perdano. Il paziente quindi acquisirà le competenze tecniche per la manutenzione del sentiero ma anche la consapevolezza di svolgere un lavoro utile per gli altri. Questa attività inoltre non è particolarmente faticosa perché prevede ritmi lenti e poco cammino rispetto ad altre tecniche e quindi è particolarmente indicata per quei pazienti che hanno difficoltà

fisiche più marcate rispetto agli altri o che non sono particolarmente allenati. Si può quindi utilizzare come tecnica propedeutica alle escursioni vere e proprie, perché funge da allenamento sia fisico che psicologico, perché lavorando nel gruppo, il paziente impara a collaborare con gli altri, che ben presto diventeranno i propri compagni di cordata.

6.4 DSM La Spezia

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL N° 5 de La Spezia, grazie alla collaborazione con il C.A.I.-Sezione La Spezia e con l'Associazione Camminare Insieme, ha dato vita al progetto "Inserimento socializzante al Club Alpino Italiano", iniziato e portato a termine con successo a partire dalla primavera 2008. Questa idea era nata da un'esperienza passata, in cui un paziente psichiatrico in cura presso una struttura facente capo al DSM in questione aveva partecipato ad alcune uscite sociali del C.A.I. locale, con esiti positivi.⁶⁴ Il progetto spezzino è rivolto ad una fascia di utenza ben specifica e rispondente ad una serie di criteri indispensabili per poter partecipare alle uscite in montagna: una diagnosi appartenente alle categorie di disturbi psicotici, disturbi dell'umore e disturbi d'ansia, un livello di autonomia compatibile con quanto richiesto dal C.A.I., soprattutto a livello di materiali e attrezzature, assenza di particolari comportamenti pericolosi per sé e per gli altri componenti del gruppo, non essere alcool o tossico-dipendenti, motivazione ed interesse per la montagna e una disponibilità economica per poter far fronte alle spese previste (la quota d'iscrizione annuale al C.A.I. più un contributo per ogni uscita). Per poter seguire i pazienti con la dovuta attenzione, è stato fissato un tetto massimo di 20 partecipanti per ogni gruppo. Dal momento che il progetto mira ad inserire i malati in un ambiente diverso da quello psichiatrico e a svolgere una funzione antistigma nei confronti della malattia mentale, si è pensato di dividere il programma in tre fasi gradualmente per permettere al paziente di avvicinarsi, in maniera sempre più autonoma, alla sezione spezzina del C.A.I.⁶⁵

La prima fase consiste nella selezione dei pazienti che, rispondendo ai criteri sopra citati, possono entrare a far parte del gruppo legato di montagna terapia. In contemporanea alcuni operatori, tra cui un medico psichiatra, si occupano della

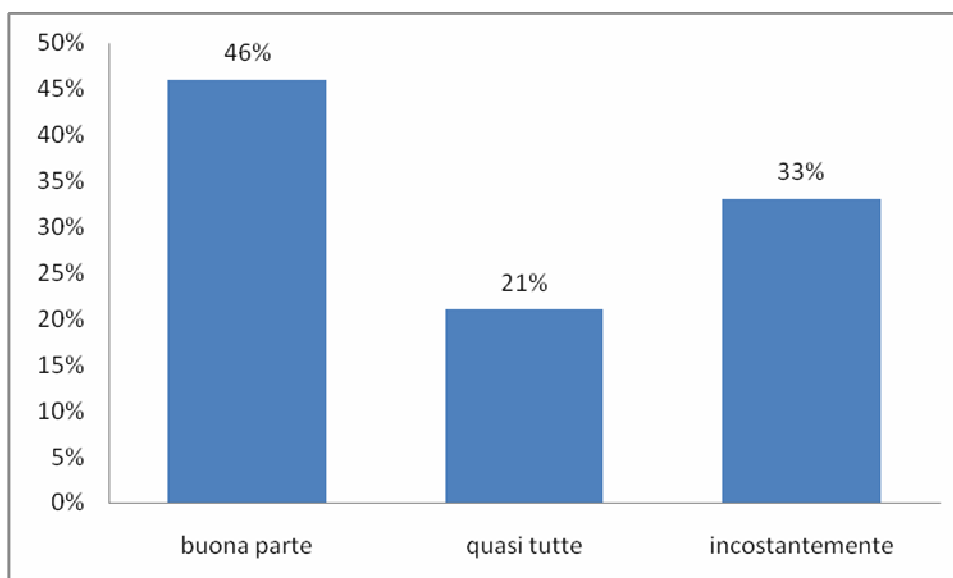
formazione dei volontari C.A.I. che guideranno le escursioni, trasmettendo loro le nozioni basilari per poter interagire con i pazienti in modo consono e adeguato.

La seconda fase è quella in cui si svolge il vero e proprio “gruppo di montagna terapia”: 8 uscite al sabato, di cui una con pernottamento notturno in rifugio, ognuna preceduta da un incontro preparatorio, in cui gli accompagnatori spiegano agli utenti gli accorgimenti tecnici per affrontare l’uscita, servendosi anche di supporti visivi come diapositive e filmati, e seguita da una riunione di revisione dell’uscita appena svolta, per verificare le impressioni dei vari partecipanti.

La terza fase invece è quella che differenzia il progetto di La Spezia da quelli finora descritti: gli utenti più motivati e che hanno dimostrato maggiori capacità di adattamento all’ambiente montano vengono invitati ad iscriversi al Club Alpino Italiano e a partecipare alle sue uscite e iniziative aperte a tutta la popolazione. Il numero dei pazienti che si iscriveranno al C.A.I. alla fine del percorso è uno dei principali strumenti di verifica del progetto insieme all’osservazione inerente alla partecipazione e alla motivazione del singolo utente e del gruppo: per verificare questo aspetto si effettua il rapporto tra il numero delle presenze effettive e il numero delle attività programmate (n° presenze/n° incontri). Secondo le verifiche degli operatori, la maggior parte dei pazienti (46%) ha partecipato a buona parte delle attività proposte, il 21% a quasi tutte le uscite (dal 75% in su) mentre per il 33% la partecipazione è stata incostante.

Grafico 27

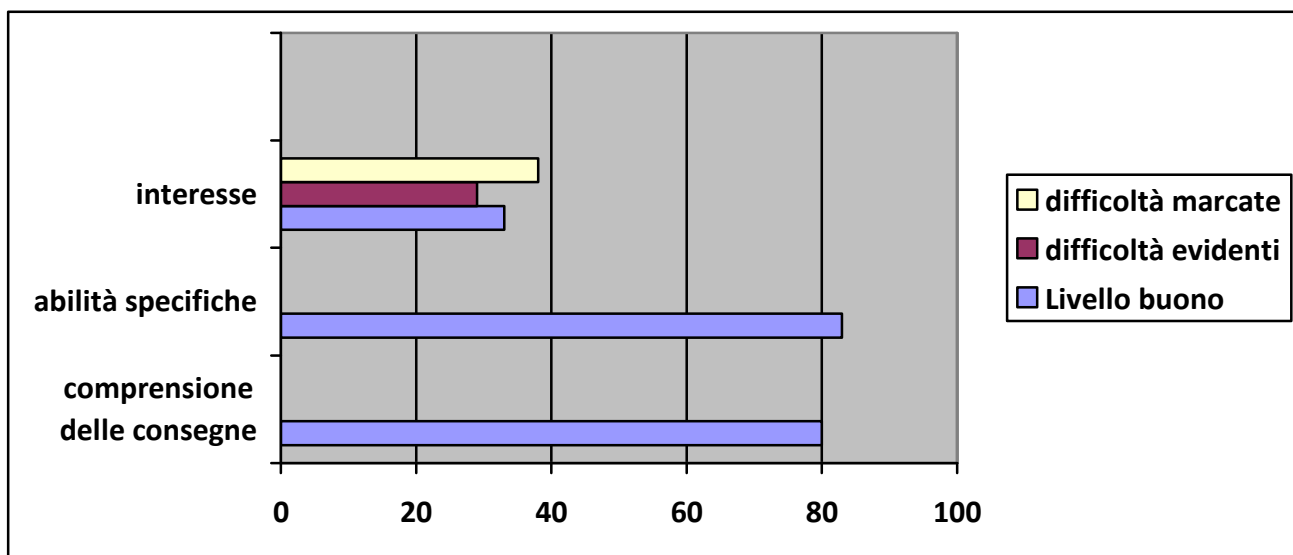
PARTECIPAZIONE DEI PAZIENTI ALLE USCITE



Per valutare l'andamento dei pazienti, gli operatori si sono serviti di 4 scale Lickert a 5 punti riguardanti, oltre all'area partecipazione, il "Livello di comprensione delle consegne di esecuzione dei compiti e di acquisizione delle abilità", il "Livello/Qualità di Socializzazione (inserimento sociale) raggiunta all'interno del gruppo di lavoro" i "Comportamenti disturbanti e/o aggressivi (non occasionali)" e il "Livello di coinvolgimento ed interesse", sottoposte ai pazienti prima di iniziare il gruppo e dopo un anno. I risultati sono stati soddisfacenti per quanto riguarda l'asse della socializzazione con l'80% dei pazienti che ha raggiunto un buon livello (punteggio 4 della scala, contro una base iniziale di 1-2 punti) o presenta solo lievi difficoltà e il livello di comprensione delle consegne, dove l'83% degli utenti ha dimostrato un buon livello di acquisizione delle abilità specifiche o lievi disagi. In controtendenza risulta invece il dato riguardante il coinvolgimento per le attività presentate: il 38% ha rilevato difficoltà marcate per quanto riguarda l'interesse nei confronti della montagna, di fronte ad un 29% di pazienti che mostrano difficoltà evidenti e ad un 33% di utenti più interessati e motivati.

Grafico 28

RISULTATI SCALE LICKERT



A partire da questi dati si è deciso di proseguire l'esperienza, facendo sì che i partecipanti continuino a frequentare il gruppo (che ha preso il nome di "Terra di Mezzo", dal nome del territorio dove è ambientato "Il Signore degli Anelli" di J.R.R. Tolkien), partecipando alle uscite sociali del C.A.I. e collaborando, a turni, alla

preparazione delle stesse, allo scopo di sentirsi più partecipi e integrati nel gruppo. Due pazienti inoltre, scelti per l'interesse e le abilità dimostrate durante le attività, entrano a far parte della commissione "Inserimento Sociale" del C.A.I. di La Spezia in qualità di guide e accompagnatori degli altri utenti.

Affidare a dei pazienti psichiatrici la guida del gruppo significa caricarli di grande responsabilità, facendo sì che riescano a farsi carico di tale compito delicato e riescano, grazie alle abilità tecniche e psicologiche acquisite, a migliorare tratti della propria vita quotidiana.

Il gruppo realizzato dal DSM di La Spezia ha fatto sì che la montagna si trasformasse da ambiente legato unicamente allo svago ad un luogo dove mettere in atto quelle strategie utili per la riabilitazione in ambito psichiatrico, spingendo i pazienti ad aprirsi verso l'esterno e a partecipare alle attività proposte dal C.A.I., permettendo loro di uscire dal circolo vizioso delle strutture legate alla salute mentale.

6.5 Associazione "Andalas de Amistade"

Come abbiamo detto nei capitoli precedenti, la montagna terapia è piuttosto diffusa in tutta Italia, anche in quelle zone che non possono essere definite montane: è il caso della Sardegna, che nonostante sia conosciuta per il suo splendido mare, è un territorio perfetto per le escursioni e per poter mettere in pratica la montagna terapia. L'associazione sportiva dilettantistica "Andalas de Amistade" di San Gavino Monreale (VS) per esempio si occupa di trekking dal luglio 2006, rivolgendosi a persone con disagio mentale.⁶⁶ Nel 2007 ha iniziato una collaborazione con l'ASL n° di Sanluri (VS)⁶⁷, realizzando il progetto "In Itinere" a cui partecipano 15 pazienti schizofrenici di età compresa tra i 18 e i 38 anni. Data la tipologia di pazienti, i responsabili del progetto hanno pensato ad un percorso graduale, partendo da itinerari più semplici per poi arrivare ad escursioni complicate in cui erano richiesti molti sforzi fisici. Affrontare la montagna con i pazienti psichiatrici richiede infatti la ricerca di percorsi diversificati, che siano adatti alle capacità di questi particolari "escursionisti", partendo da passeggiate semplici e poco faticose fino ad arrivare a camminate lunghe o ad altre attività più impegnative (come l'arrampicata ecc.), senza forzare eccessivamente il paziente. La gradualità del percorso diviene quindi fondamentale perché è un modo per accompagnare in maniera congrua i mutamenti del paziente, che parte da un livello piuttosto basso a livello di competenze fisiche e

psichiche e con il progredire del percorso acquisisce quel bagaglio di capacità necessarie per affrontare imprese più ardue.

La particolarità dell'associazione "Andalas de Amistade" è di svolgere un trekking di tre giorni, pernottando però all'addiaccio o in ripari di fortuna (ovili, grotte ecc.) in qualsiasi stagione e con qualsiasi condizione meteorologica. Questo aspetto richiede un grande spirito di adattamento da parte dei pazienti e degli operatori, insieme ad una buona capacità di improvvisazione. Molto spesso i pazienti psichiatrici tendono a ritualizzare la propria esistenza, escludendo da essa ogni possibile fonte di imprevisto. Dormendo all'addiaccio si sovvertono queste regole che i pazienti si auto-impongono, spingendoli a vedere l'imprevisto non più come un fattore destabilizzante, ma come uno stimolo per poter vivere avventure diverse dal comune e per questo piacevoli. Tuttavia va ricordata una cosa: i pazienti che partecipano a tale gruppo hanno un'età media piuttosto bassa (29 anni) e ciò spiega perché sia possibile mettere in pratica un'esperienza così estrema come quella di dormire sempre all'addiaccio. Con buone probabilità questa particolarità non può essere estesa a gruppi che presentano al proprio interno persone di età avanzata, che quindi presenteranno maggiori difficoltà e ritrosie all'idea di dover dormire sotto le stelle, senza la sicurezza rappresentata dalle quattro mura.

L'esperienza ha avuto un buon successo e gli operatori hanno potuto cogliere dei miglioramenti per quanto riguarda lo spirito di gruppo, agevolato anche dal fatto che i pazienti avevano un'età piuttosto simile e fossero tutti maschi, la capacità dei pazienti di esporsi, sia dal punto di vista affettivo ed emozionale durante i momenti di verifica dell'attività, sia dal punto di vista fisico e l'aiuto reciproco tra partecipanti al gruppo.

L'associazione ha inoltre partecipato alla progettazione e all'attuazione di un'escursione con la Scuola Media di San Gavino, facendo assumere ai pazienti il ruolo di guide per i ragazzi, facendo sì non solo che gli utenti si sentissero più responsabilizzati e cercando di combattere lo stigma e l'ignoranza che spesso le nuove generazioni hanno per tutto quello che riguarda la salute mentale.

Capitolo sette

La montagna terapia all'estero

La montagna terapia è una tecnica riabilitativa utilizzata anche in altri Paesi e, come vedremo, anche con diverse tipologie di utenze riconducibili all'ambito del disagio. Ci limiteremo però al panorama europeo, dove comunque la montagna è piuttosto sfruttata per aiutare utenti che manifestano particolari problemi cognitivi o comportamentali.

7.1 Svizzera

Prima di parlare dell'utilizzo della montagna terapia in Canton Ticino, occorre spendere qualche parola per comprendere meglio l'organizzazione dei servizi di salute mentale di tale zona.

In seguito alla legge sull'assistenza socio psichiatrica cantonale (LASP) del 1 gennaio 1985, tutti i servizi, fino a quel momento gestiti autonomamente, vengono riuniti in un solo organismo: l'Organizzazione Sociopsichiatrica cantonale (OSC), che è quindi l'ente statale del Canton Ticino che ingloba tutte le strutture predisposte alla presa in carico del paziente psichiatrico. Nel 1994, inoltre, l'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC), attivo dal 1898, viene diviso in due strutture: la Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) di Mendrisio, per la cura e la riabilitazione dei pazienti acuti e il Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro (CARL), Mendrisio per ospiti cronici stabilizzati.⁶⁸

A sua volta la Clinica Psichiatrica Cantonale è divisa in tre tipi di reparto: il reparto ammissione, l'area psicogeriatrica e quella riabilitativa. I pazienti ricoverati in quest'ultimo reparto presentano un quadro clinico meno compromesso rispetto ai ricoverati nell'area ammissione e pertanto si può iniziare un percorso di tipo prettamente riabilitativo. Oltre ad un club formato dai pazienti stessi, denominato Club '74, che offre la possibilità agli utenti di partecipare ad attività di tipo espressivo (una fra tutte il teatro), è presente un gruppo di montagna terapia, condotto da due infermieri specialisti in salute mentale con l'ausilio del C.A.S. (Club Alpino Svizzero) e di alcuni volontari dell'associazione ONLUS "Gli amici di Marco".⁶⁹ Il progetto si rivolge quindi non ad un tipo di utenza cronica e complessivamente ben compensata, ma a pazienti in fase acuta. Questo tipo di utenza risulta molto più pericoloso da guidare, perché la possibilità di fare del male a se stessi e agli altri è molto più elevato che nei pazienti compensati e pertanto bisogna prendere un

numero maggiore di precauzioni per far sì che non si verificino incidenti dagli esiti nefasti.

La scelta della montagna terapia per i pazienti in fase di scompenso è dovuta al fatto che, uscendo dagli spazi angusti del reparto per recarsi in quelli aperti e immensi della montagna, vi è un grande cambiamento di setting che viene visto dal paziente come un fatto positivo, in quanto non si sente più imprigionato. Inoltre la dimensione del gruppo permette al paziente di sperimentare quelle relazioni che in reparto sono impossibili da instaurare, data l'apatia che spesso regna tra i ricoverati in un reparto per acuti e l'ambiente che non stimola l'aggregazione.

I risultati ottenuti grazie al gruppo hanno fatto sì che il reparto e i suoi ricoverati divenissero più gestibili, proprio perché hanno avuto modo di sperimentare una situazione più libera contrapposta ad una situazione di chiusura. I tempi di dimissione dal reparto si sono inoltre accorciati, proprio perché gli utenti che hanno partecipato al gruppo sono migliorati dal punto di vista clinico e comportamentale.

7.2 Francia

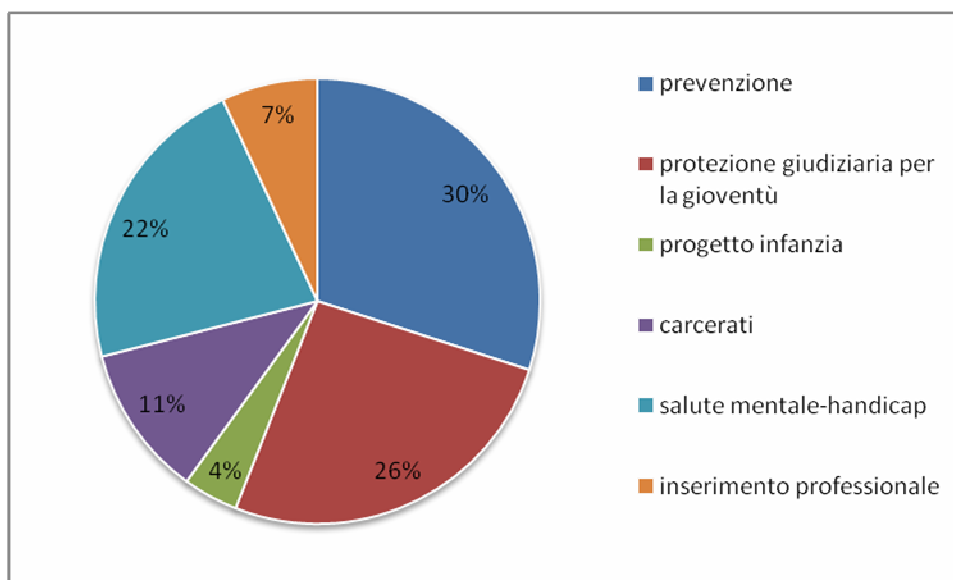
I primi esperimenti di montagna terapia in Francia risalgono al 1984, quando l'infermiere Pascal Petitqueux decise di portare un gruppo di pazienti psichiatrici ricoverati presso il centro ospedaliero di "Bel Air" a Charleville-Mézières, località delle Ardenne, in montagna, ad un'altezza di 2500 metri sul livello del mare.⁷⁰ L'esperienza riscosse un tale successo che ben presto Petitqueux fondò l'associazione "Moi.je", con lo scopo di promuovere esperienze di montagna terapia rivolte a persone sofferenti di patologie psichiche. Tale attività, secondo Petitqueux, favoriva il rapporto tra curante e curato, facendo sì che il primo smettesse di vedere il secondo unicamente come un bambino da accudire. Affrontare i pericoli tipici della montagna faceva infatti riemergere la parte umana del paziente psichiatrico, spesso annientata durante il ricovero, perché di fronte alle difficoltà e ai cambi di programma che spesso l'ambiente montano provoca, il paziente riacquisiva quella capacità di scelta che gli era stata negata in ospedale. Alcuni pazienti, dopo l'esperienza di montagna terapia, hanno infatti deciso di non tornare a vivere nel centro ospedaliero, preferendo trasferirsi, insieme agli altri, in una località diversa. Dal 1987 inoltre l'associazione "Moi.je" si serve di telecamere per riprendere le proprie imprese, per poi effettuare un montaggio (ovviamente fatto dai pazienti) delle immagini più significative, non solo per mostrare ai nuovi utenti le modalità di svolgimento del gruppo, ma soprattutto per avere una prova tangibile di quanto affrontato.

Un'altra associazione molto attiva in territorio francese per quanto riguarda la montagna terapia è "En passant par la montagne" ("attraverso la montagna"). Nata nel 1995, ad opera dell'alpinista Marc Batard, tale organizzazione parte da un presupposto che nel corso degli anni è diventato il vero e proprio motto dell'associazione: la montagna è una scuola di vita formidabile per i giovani in difficoltà.⁷¹ Nei suoi 14 anni di attività, tale struttura ha contribuito a creare un legame tra servizi sociali e montagna, al fine di offrire al mondo del disagio una nuova e inconsueta modalità utile ai fini educativi e riabilitativi. Nel corso del tempo la tipologia degli utenti è cambiata: da febbraio a dicembre del 2007, su 27 progetti attivi, l'utenza (230 utenti complessivi) era così suddivisa: il 30% era composta da persone che svolgevano attività di prevenzione, 26% di ragazzi appartenenti alla Protezione Giudiziaria della Gioventù, 4% per il progetto infanzia, 11% carcerati,

22% pazienti legati al mondo della salute mentale o dell'handicap e un 7% di inserimenti professionali.⁷²

Grafico 29

TIPOLOGIE DI UTENZA



Per realizzare i progetti, l'associazione mette a disposizione un'equipe di esperti (3 educatori, 20 volontari e 40 esperti della montagna) che si riunisce con gli operatori degli enti che si rivolgono a "En passant par la montagne" per realizzare progetti educativi e riabilitativi legati alla montagna. Gli obiettivi pedagogici e riabilitativi vengono stesi dagli operatori che in seguito si riuniscono con le guide alpine, che partendo appunto dalle necessità della struttura con cui collaborano, scelgono il progetto più adatto, decidendo luogo, durata eccetera.⁷³

Veniamo ora ad illustrare alcuni di questi progetti.

- **Protezione giudiziaria per la gioventù:** Nel settembre 2005 "En passant par la montagne" ha dato vita ad un progetto con il "Centre d'Action Educative (CAE) de Valux-en-Velin che si occupa di protezione giudiziaria di giovani, che hanno commesso piccoli reati, ma che non sono stati incarcerati e vivono ancora con la famiglia. Il gruppo è composto da 6 giovani e dai loro 3 educatori e lo scopo principale dell'attività in montagna è quello di creare dei legami tra i componenti, per far sì che i ragazzi si possano aiutare tra loro in caso di difficoltà. Le attività previste sono state un'escursione con le ciaspole

sul massiccio del Vercors con pernottamento in un bivacco incustodito. Alla fine del percorso gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti e tutti e 6 i ragazzi hanno deciso di partecipare insieme ad escursioni in alta montagna nella valle di Chamonix.⁷¹

- **Progetti d'animazione:** I progetti di animazione hanno lo scopo di avvicinare i giovani all'ambiente montano, grazie alla conoscenza con la fauna e la flora della montagna o all'attività di orienteering per piccoli gruppi. Inoltre vi è la finalità di creare aggregazione tra giovani provenienti da ambienti culturali ed economici diversi, di favorire l'autonomia individuale di ciascun partecipante e di aiutare i ragazzi a capire che una corretta attività fisica è la base per uno stile di vita sano.⁷¹
- **Inserimento professionale:** Nel 2007 il Centro di Formazione Alfa ha richiesto l'aiuto di "En Passant par la montagne" per la realizzazione di un particolare corso di formazione rivolto a 13 aspiranti lavoratori. Dal 26 maggio al 1° giugno, il gruppo si è cimentato in diverse attività legate alla montagna, quali il trekking e la scalata. Durante i 6 giorni, le condizioni climatiche sono state piuttosto avverse: abbondanti nevicate hanno infatti costretto stagisti e guide a modificare di continuo i programmi di escursione. Ed è proprio questo lo scopo del programma: sviluppare negli aspiranti lavoratori quello spirito di adattamento indispensabile per qualsiasi tipo di lavoro, senza aver paura degli imprevisti e dei problemi che possono capitare. Si è inoltre lavorato sullo spirito di gruppo, altro punto fondamentale per poter fronteggiare l'inserimento lavorativo nel migliore dei modi.⁷¹

L'associazione si occupa inoltre di formazione permanente per gli operatori sociali che vogliono utilizzare la montagna terapia nelle proprie strutture di provenienza. Questi corsi sono un'occasione di confronto tra gli operatori che hanno la possibilità di includere la montagna tra le attività offerte ai propri utenti e raggiungere così i propri obiettivi educativi e riabilitativi.

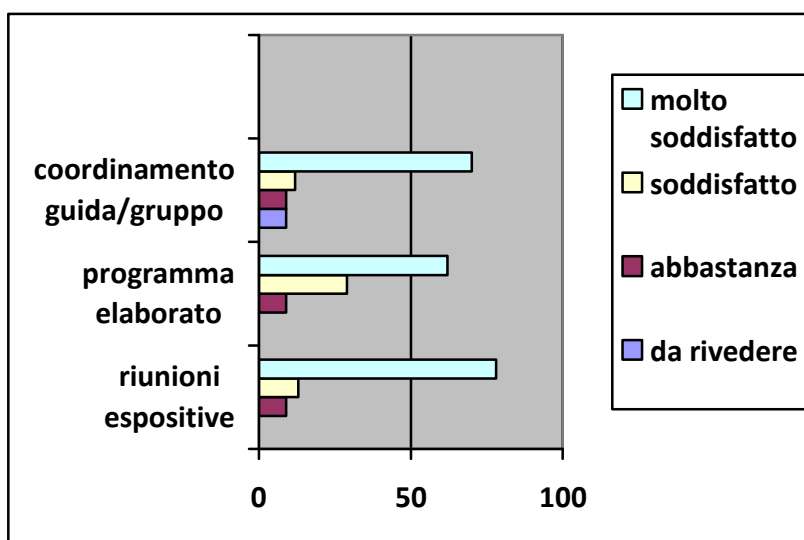
Ogni anno "En passant par la montagne" fa un bilancio delle attività svolte e del loro impatto sull'utenza, facendo compilare ai partecipanti e agli operatori un questionario per valutare l'efficacia dei percorsi proposti. Tale questionario è stato sottoposto ai

230 utenti impiegati nei 27 progetti realizzati e ai loro educatori e pertanto risulta adeguatamente validato. Le aree di indagine sono 4: la soddisfazione generale del progetto, la dimensione educativa, la logistica e il lavoro di preparazione.

Per quanto riguarda l'apprezzamento degli educatori sulla preparazione del progetto, alla domanda che indagava l'efficacia delle riunioni espositive di "En passant par la montagne" il 78% è rimasto molto soddisfatto, il 13% soddisfatto e il 9% abbastanza, alla domanda sulla proposta del programma elaborato dall'associazione il 62% ha risposto di averlo trovato molto soddisfacente, il 29% soddisfacente e il 9% abbastanza, mentre per quanto riguarda la coordinazione tra guide e gruppo, il 9% ha risposto che è da rivedere, il 9% si è mostrato abbastanza soddisfatto, il 12% soddisfatto e il 70% molto soddisfatto.

Grafico 30

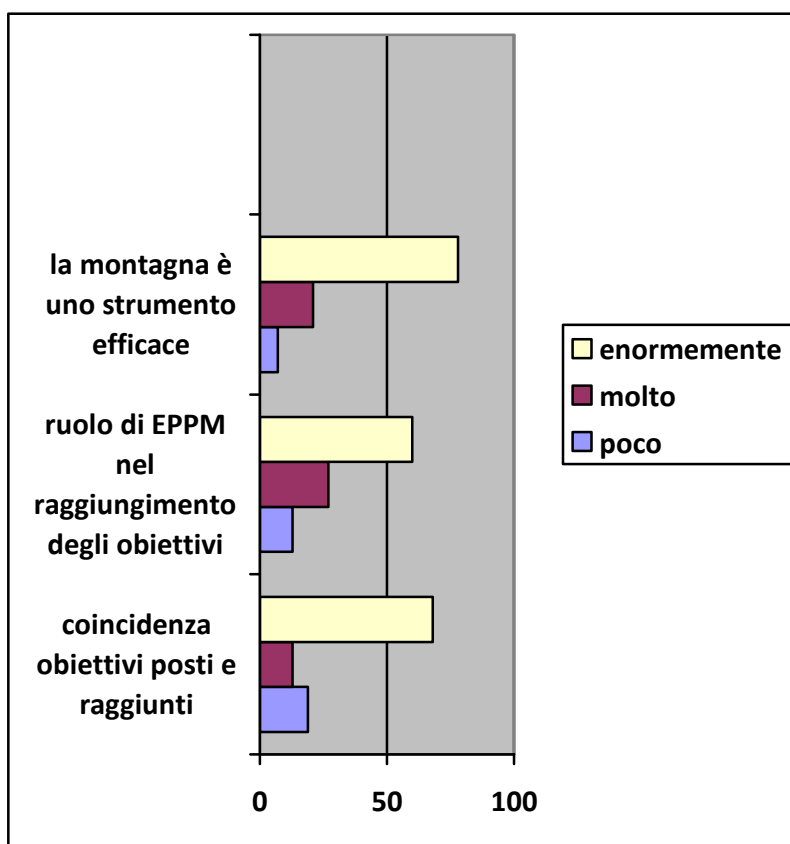
APPREZZAMENTO DEGLI OPERATORI PER LA PREPARAZIONE DEL PROGETTO



Importanti sono inoltre i dati riguardanti l'efficacia del progetto montagna per il lavoro svolto dagli operatori. Per quanto riguarda la concordanza tra obiettivi prefissati e quelli raggiunti, il 19% ha risposto che si è verificata poco, il 13% molto e il 68% enormemente, alla domanda che indaga se l'associazione ha avuto un ruolo attivo il 13% risponde un po', il 27% molto e il 60% enormemente. Inoltre secondo il 72% delle risposte la montagna è stata uno strumento utile al raggiungimento degli obiettivi in maniera enorme, per il 21% molto e per il 7% poco.

Grafico 31

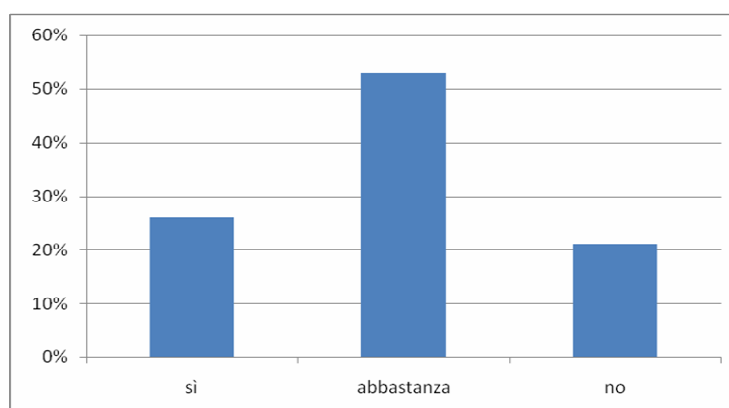
PROGETTO MONTAGNA PER IL LAVORO DEGLI OPERATORI



Per quanto riguarda invece gli utenti, si indaga su quanto l'esperienza abbia giovato all'autostima dei partecipanti al gruppo: alla domanda "pensavi di essere capace di realizzare ciò che hai fatto" il 21% risponde sì, e pertanto non ha subito grandi modifiche per quanto riguarda la fiducia nelle proprie capacità, il 26% no, quindi ha migliorato l'idea complessiva di se stesso, mentre il 53% ha risposto abbastanza

Grafico 32

"PENSAVI DI ESSERE CAPACE DI REALIZZARE CIO' CHE HAI FATTO?"



L'operato dell'associazione "En Passant par la montagne" può quindi essere definito positivo e utile per far comprendere anche ai più scettici che la montagna è uno strumento sfruttabile nell'ambito del disagio, sia con persone affette da malattie mentali che con problemi comportamentali.

7.3 Spagna

In Spagna è attiva da vent'anni l'associazione S.E.M.E.D (Società de Montanismo y Escalada para Discapacitados - Associazione spagnola di Alpinismo e Scalata per Disabili) che insieme alla FEMAD (Fundación Española de Montañismo y Deporte Adaptado - Fondazione spagnola di Alpinismo e Sport Adattato) si occupa di montagna terapia per disabili sia fisici che psichici.⁷⁴

La particolarità di questo ente è che i gruppi di escursionismo sono composti in maniera eterogenea per tipologia di disabilità: insieme ai pazienti che soffrono di malattie psichiche vi sono persone ipovedenti, sordomute, prive di un arto o con problemi cardiologici o oncologici.⁷³ La scelta di creare gruppi misti è dovuta al fatto che lo scopo dell'associazione è quello di favorire l'integrazione sociale di questi soggetti particolarmente disagiati, senza però fare distinzioni sul tipo di disabilità dell'utente, smentendo dunque il pregiudizio comune che vede l'handicap fisico come più grave di quello mentale e psichico.⁷⁵

I progetti seguiti dai gruppi, partono dallo studio delle capacità individuali dei singoli partecipanti e si lavora su di esse per giungere agli obiettivi che ci si è posti. Gli obiettivi sono posti in maniera graduale, partendo da un livello sempre piuttosto basso per arrivare alla completa autonomia: si parte infatti dall'occupazione del tempo libero, impresa già difficile per le persone con disabilità grave, passando per l'inserimento sociale e lavorativo, fino ad arrivare a vivere una vita autonoma. Il raggiungimento di tali obiettivi coincide con la fine del progetto personale per l'utente. Tra i progetti realizzati dalla S.E.M.E.D.-F.E.M.A.D. vi è il "Proyecto científico deportivo y social siete cumbres siete volane para todos y por todos" (progetto scientifico sportivo sociale sette cime e sette vulcani per tutti).⁷⁶

Durante tale percorso (durato dal 1995 al 2007), gli utenti hanno portato a termine 14 ascensioni sui monti più alti di numerosi paesi: Italia (Monte Bianco, Breithorn, Gran Paradiso), Russia (Elbrus), Argentina (Aconagua), Ecuador (il vulcano Cotopaxi), Turchia (Monte Ararat), Bolivia (vulcano Parinacota), Messico (Pico de Orizaba),

Marocco (Toukbal), Iran (vulcano Damavand), Australia (Kosciusko) e ovviamente Spagna (Torre Estrella). Grazie a queste escursioni, i pazienti sono riusciti a raggiungere tutti gli obiettivi posti all'inizio del percorso, e pertanto il loro progetto con S.E.M.E.D.-F.E.M.A.D si è concluso.

Questa associazione inoltre si occupa di promuovere campagne informative presso scuole, associazioni legate alla montagna, convegni scientifici eccetera allo scopo di combattere lo stigma nei confronti della disabilità, sia fisica che psichica per far sì che i disabili vengano sempre più integrati all'interno della società.

Conclusione

Come abbiamo visto, la montagna rappresenta un ottimo strumento utilizzabile nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, a patto che chi lo utilizza sia disposto a mettere da parte quei pregiudizi e quello scetticismo che spesso accompagnano le novità.

Concludo citando i versi conclusivi dell'Inferno di Dante Alighieri, che, a mio parere, rappresentano in modo metaforico il raggiungimento della meta in montagna e qualsiasi miglioramento del paziente psichiatrico: superato il difficile "inferno" della fatica in montagna e della fase acuta della malattia mentale, si arriva alla cima o alla fine del percorso riabilitativo, con gli occhi puntati verso il cielo e verso il futuro, con la speranza che, finalmente, qualcosa possa davvero cambiare.

*“Lo duca e io per quel cammino ascoso
Intrammo a ritornar nel chiaro mondo;
e senza cura aver d'alcun riposo
salimmo su, el primo e io secondo,
tanto ch'i vidi delle cose belle
che porta 'l ciel, per un pertugio tondo;
e quindi uscimmo a riveder le stelle.”*

Inferno, canto XXXIII vv.133-139

Bibliografia

¹ F. Ardito *“La Montagna terapia”* Espressonline 25 marzo 2002 su www.espressonline.kataweb.it

² D.Ermini intervento al convegno *“Montagna terapia- ambito salute mentale”* Asiago (Vi) 9 marzo 2007 (atti in via di pubblicazione) audio registrazione da www.sopraimille.it

³ A cura di S. Carpineta *“Montagna terapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”- Riva del Garda 9-11 settembre 2005”* Documenti per la salute n.25- Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pag. 22

⁴ R. Villi, S. Carpineta *“Sopraimille, un’avventura fuori dall’ordinario”* estratto dagli atti dell’incontro nazionale del Club Alpino Italiano *“Montagna, fonte di solidarietà”* Trento 16 ottobre 2004

⁵ Bollettino 2007 del Comune di Riva del Garda (TN) su www.comune.rivadelgarda.tn.it

⁶ A. Tamburini sul Bollettino 2006 del Comune di Riva del Garda (TN) su www.comune.rivadelgarda.tn.it

⁷ Da www.sopraimille.it

⁸ S. Carpineta *“Seguendo quali sentieri siamo arrivati fin qui?”* in Atti del convegno *“Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta”* Riva del Garda (TN) 14-15-16 novembre 2008 (atti in via di pubblicazione)

⁹ S. Carpineta *“Montagnaterapia tra realtà ed equivoci”* da *“Lo Scarpone- rivista mensile del Club Alpino Italiano”* numero 6 anno 78 giugno 2009

¹⁰ G. Scoppola e Coll. *“Definizione di MONTAGNATERAPIA”* 2\2007 tratta dal sito www.sopraimille.it

¹¹ G.Riccardi, L.Varetti *“Multitematicità: la differenza la fa il percorso”* in Atti del convegno *“Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta”* Riva del Garda (TN) 14-15-16 novembre 2008 (atti in via di pubblicazione)

¹² A.Salsa *“Ecologia della mente: sentieri di salute”* in Atti del convegno *“Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta”* Riva del Garda (TN) 14-15-16 novembre 2008 (atti in via di pubblicazione)

¹³ G. Saglio, C. Zola *“In su e in sé-Alpinismo e psicologia”* Priuli&Verluccha collana paradigma Torino 2008 pag. 277-278

¹⁴ S. Franchin *“Proposta per una scala di difficoltà”* intervento al seminario nazionale *“La tessitura della rete-ambito montagna e disagio”* Monte Grappa (Vi) 13-14-15 giugno 2008 pubblicato sul sito www.montagnacheaiuta.it

¹⁵ S. Carpineta intervento al convegno *“Montagna terapia- ambito salute mentale”* Asiago (Vi) 9 marzo 2007 (atti in via di pubblicazione) audio registrazione da www.sopraimille.it

¹⁶ G. Scoppola *“Dentro la montagna terapia: storia, radici, strumenti”* in A cura di S. Carpineta *“Montagna terapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”- Riva del Garda 9-11 settembre 2005”* Documenti per la salute n.25- Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pag. 30

¹⁷ A. Brega, G. Rescaldina *“In montagna con metodo”* in Atti del convegno *“Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta”* Riva del Garda (TN) 14-15-16 novembre 2008 (atti in via di pubblicazione)

¹⁸ D. Ermini *“Pedagogia dell’esperienza in ambito montano”* in A cura di S. Carpineta *“Montagna terapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”- Riva del Garda 9-11 settembre 2005”* Documenti per la salute n.25- Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pag. 40-45

¹⁹ M. Peserico e G. Ba *“Il contesto grupppale”* in G. Ba *“Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale”* Francoangeli Milano 2003 pag. 100

²⁰ M. Peserico e G. Ba *Op. Cit.* pag. 99

²¹ G. Scoppola *Op. Cit.* pag 33

²² D.Ermini *“Proposte di esercizi fisici”* in A cura di S. Carpineta *“Montagna terapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”- Riva del Garda 9-11 settembre 2005”* Documenti per la salute n.25- Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pag. 61

²³ A.Bolognani,M.Floriani,D.Tacchelli *“L’uomo, i sensi, l’ambiente: la relazione con il “circostante” mutuata dai cinque sensi”* in A cura di S. Carpineta *“Montagna terapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”- Riva del Garda 9-11 settembre 2005”* Documenti per la salute n.25- Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pag. 61

²⁴ G. Scoppola *Op. Cit.* pag.39

²⁵ Dante Alighieri "La divina commedia-Inferno" Canto I vv.22-27 letture e commento di V. Sermonetti Edizioni Scolastiche Bruno Mondadori Varese 1996

²⁶ V.F. Scala, N.G. De Toma, P. Tulli, M. Bagicalupi "Nuovi strumenti per la salute mentale" pubblicato in "Psichiatria di Comunità" n.3 settembre 2006

²⁷ WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine* 28, pp. 551-558.

²⁸ F.Fumanelli "Montagna e psichiatria: un "trait d'union" possibile. Il corpo, le emozioni, la relazione nei risultati di una ricerca multicentrica" Tesi di laurea Università degli studi di Verona facoltà di Medicina e Chirurgia CDL in Tecnica della riabilitazione psichiatrica relatore: S.Carpineta A.A. 2005\2006 pagg. 35-50

²⁹ F.Fumanelli *Op. Cit.* pag.46

³⁰ Da www.montagnaterapia.it

³¹ E. Rasore "Elementi di semeiotica" in F. Giberti, R. Rossi "Manuale di Psichiatria" Piccin Nuova Libreria Padova 2007 pag.37-38

³² A. Vita, G.M. Giobbio "Schizofrenia" in G. Invernizzi "Manuale di psichiatria e psicologia clinica" McGRAW-HILL Milano 2006

³³ America Psychiatric Association: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, IV edizione-TR, Masson, Milano 2001

³⁴ A. Vita, M. Garbarini "Psicopatologia generale" in G. Invernizzi "Manuale di psichiatria e psicologia clinica", McGRAW-HILL, Milano, 2006 pag.16

³⁵ P.Calzà "Approcci e tecniche nell'affrontare le nostre uscite" in A cura di S. Carpineta "Montagna terapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione "Sopraimille"- Riva del Garda 9-11 settembre 2005" Documenti per la salute n.25- Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pagg. 54-58

³⁶ A. Vita, M. Garbarini *Op. Cit.* pag. 15

³⁷ S.Franchin intervento al convegno "Montagna terapia- ambito salute mentale" Asiago (Vi) 9 marzo 2007 (atti in via di pubblicazione) audio registrazione da www.sopraimille.it

³⁸ F. Fumanelli *Op. Cit.* pagg. 55-56

³⁹ E. Fava, C. Viganò e G. Ba "L'assessment" in G. Ba "Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale" Francoangeli Milano 2003 pag. 112

-
- ⁴⁰ E. Fava, C. Viganò e G. Ba *Op. Cit.* pag. 114
- ⁴¹ E. Fava, C. Viganò e G. Ba *Op. Cit.* pag. 117
- ⁴² E. Fava, C. Viganò e G. Ba *Op. Cit.* pag. 116
- ⁴³ F. Lanfranchi, F. Fumanelli *“Osservare e Valutare. La montagna aiuta?”* in Atti del convegno *“Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta”* Riva del Garda (TN) 14-15-16 novembre 2008 (atti in via di pubblicazione)
- ⁴⁴ M. Paolini, G. Vacis *“Il racconto del Vajont”* Garzanti 1997 Milano pagg. 14-15
- ⁴⁵ A. Gentilomo, G. Tavaini, L. D’Auria *“Medico e giustizia”* Raffaello Cortina Editore 2009 Milano pag. 157
- ⁴⁶ A. Gentilomo, G. Tavaini, L. D’Auria *Op. Cit.* pag. 32
- ⁴⁷ A. Gentilomo, G. Tavaini, L. D’Auria *Op. Cit.* pag. 33
- ⁴⁸ F. Fumanelli *Op. Cit.* pag. 26
- ⁴⁹ AA.VV. del Gruppo Sopraimille *“Montagna e Disagio Psicico: una possibile integrazione”* in A cura di S. Carpineta *“Montagna terapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”- Riva del Garda 9-11 settembre 2005”* Documenti per la salute n.25- Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pagg. 27-28
- ⁵⁰ AA.VV. del Gruppo Sopraimille *Op. Cit.* pagg. 24-26
- ⁵¹ F. Fumanelli *Op. Cit.* pag. 27
- ⁵² F. Fumanelli *Op. Cit.* pag. 34
- ⁵³ F. Fumanelli *Op. Cit.* pag. 32-33
- ⁵⁴ S. Scaramuzza *“La montagna come terapia, una nuova metodologia per la riabilitazione in psichiatria”* Tesi di laurea Università degli studi di Verona facoltà di Medicina e Chirurgia CDL in Tecnica della riabilitazione psichiatrica relatore: S.Carpineta A.A. 2003/2004 pagg. 29-36
- ⁵⁵ M. Ruggeri, Dall’Agnola R. (1993) *“The developement and use of Verona expectation for care scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectation with community based psychiatric services in patterns relatives and professionals”* Psychological Medicine, 23: 511-23
- ⁵⁶ G. Buscaglia et Al. *“Rilevare la soddisfazione dei pazienti e dei famigliari: l’esperienza del Dipartimento di Salute Mentale di Savona”* da *“Epidemiologia e Psichiatria Sociale”*, 13, 3, 2004

-
- ⁵⁷ *"Carta dei servizi"* da www.fondazionebasis.it
- ⁵⁸ P. Riviera *"Un viaggio dentro di me"* da P.G. Lucchini, R. Castelli, A. Testa *"Liberamente in Patagonia"* Fondazione Emilia Bosis collana il Germoglio Bergamo 2002 pag. 13
- ⁵⁹ P.G. Lucchini, R. Castelli, A. Testa *"Liberamente in Patagonia"* Fondazione Emilia Bosis collana il Germoglio Bergamo 2002 pagg. 7-8
- ⁶⁰ P.G. Lucchini, R. Castelli, A. Testa *"Kilimanjaro 2003"* Fondazione Emilia Bosis collana il Germoglio Bergamo 2003 pagg. 52-53
- ⁶¹ C. Saffioti *"Resoconto del trekking sul Kilimangiaro da parte della spedizione formata da operatori e pazienti psichiatrici"* da www.pol-it.it
- ⁶² F. Lanfranchi *"Dipartimento di Salute Mentale e Club Alpino Italiano: un'esperienza di collaborazione"* in A cura di S. Carpineta *"Montagna terapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione "Sopraimille"- Riva del Garda 9-11 settembre 2005"* Documenti per la salute n.25- Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pagg. 71-73
- ⁶³ S. Fanchin *"Montagna terapia in Cooperativa Libra "* in A cura di S. Carpineta *"Montagna terapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione "Sopraimille"- Riva del Garda 9-11 settembre 2005"* Documenti per la salute n.25- Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pagg. 73-77
- ⁶⁴ A. Baldelli *"inserimento socializzante"* da www.cailaspezia.it
- ⁶⁵ A. Baldelli *"Inserimento socializzante al Club Alpino Italiano"* da www.sopraimille.it
- ⁶⁶ Da www.andalasmistade.altervista.org
- ⁶⁷ Da www.leparoleritrovate.org
- ⁶⁸ Da www.ti.ch/DSS/DSP/OrgSC/
- ⁶⁹ F. Lomazzi *"Montagnaterapia. Alcune esperienze internazionali"* in L. Calzolari, S. Mandelli *"Sentieri di Salute"* da *"La rivista-bimestrale del Club Alpino Italiano"* numero 2 anno 130 gennaio-febbraio 2009
- ⁷⁰ U. Munzi *"Malati di mente, alpinisti per guarire"* dal Corriere della Sera del 26 novembre 1992 pag.9
- ⁷¹ A.A.V.V. *"En Passant par la montagne"* Edimontagne-En Passant par la montagne Le bouchet-servoz (France) 2005 pag. 9
- ⁷² A.A.V.V. *"En Passant par la montagne-Bilan d'activités 2007"* Edimontagne-En Passant par la montagne Le bouchet-servoz (France) 2008

⁷³ C. Houal *“Esperienze dall’europa: Francia”* in Atti del convegno *“Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta”* Riva del Garda (TN) 14-15-16 novembre 2008 (atti in via di pubblicazione)

⁷⁴ F. Carruccio *“Montagnaterapia. Alcune esperienze internazionali”* in L. Calzolari, S. Mandelli *“Sentieri di Salute”* da *“La rivista-bimestrale del Club Alpino Italiano”* numero 2 anno 130 gennaio-febbraio 2009

⁷⁵ J.A. Carrascosa *“Esperienze dall’europa: Spagna”* in Atti del convegno *“Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta”* Riva del Garda (TN) 14-15-16 novembre 2008 (atti in via di pubblicazione)

⁷⁶ Da www.semed.es

Si ringraziano per la cortese collaborazione: il personale della biblioteca del C.A.I. di Bergamo, Sandro Carpineta, Fiorella Lanfranchi, Stefano Fanchin e Giancelso Agazzi e tutti i gruppi di montagna terapia che hanno compilato il questionario di raccolta dati.