



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
Scuola di Medicina

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
Sede Torino

Tesi di laurea

**LA MONTAGNA E LA SUA CAPACITÀ
RIABILITATIVA NEL DISAGIO PSICHICO.
DEFINIZIONE DI UNO STRUMENTO PER LA
PROGETTAZIONE E IL MONITORAGGIO DEI
RISULTATI DELLE CURE.**

**THE MOUNTAIN AND ITS REHABILITATING
CAPACITY IN MENTAL DISEASE. SETTLEMENT OF
AN INSTRUMENT TO THE PLANNING AND THE
MONITORING OF TREATMENTS' RESULTS.**

**Relatore:
Dott.ssa Laura Cominetti**

**Candidato:
Mattia Suppo**

Anno Accademico 2014/2015

*“La salute è
una condizione di armonico equilibrio,
fisico e psichico, dell’individuo,
dinamicamente integrato nel suo ambiente
naturale e sociale”
(A. Seppilli)*

Sommario

Abstract.....	4
Introduzione.....	6
Contesto della ricerca.....	10
Obiettivo.....	14
Materiali e metodi.....	14
Risultati.....	20
Discussione.....	28
Conclusione.....	31
Bibliografia e sitografia.....	33
Ringraziamenti.....	35
Allegato 1.....	36
Allegato 2.....	38

ABSTRACT

Introduzione. La montagna rappresenta una novità in campo terapeutico-riabilitativo di molte patologie e disabilità. L'obiettivo cui tende è il miglioramento della qualità della vita della persona e della sua salute in senso globale. In ambito psichiatrico l'utilizzo dell'ambiente montano come setting riabilitativo mira ad aumentare l'autostima e l'autonomia della persona. Punto centrale di questa attività deve essere la continuità nel tempo, poiché soltanto in questo modo si raggiungono cambiamenti rilevanti.

Obiettivo. La ricerca-azione è volta a definire uno strumento operativo di progettazione degli interventi riabilitativi di Montagnaterapia rivolti a gruppi di persone con disagio psichico e di monitoraggio dei benefici da questi manifestati.

Materiali e metodi. Ricerca-azione con disegno longitudinale mixed method. Le variabili studiate sono state scelte sulla base di un'approfondita analisi della letteratura. Per raccogliere i dati sono stati utilizzati sia metodi quantitativi (questionario e scheda di raccolta dati), sia metodi qualitativi (interviste, osservazione sul campo e focus group). Dopo la sua definizione lo strumento è stato testato, i dati raccolti sono stati elaborati e discussi, e alcune parti dello strumento sono state modificate.

Risultati e discussione. Dall'analisi dei questionari e delle schede sono emersi molti aspetti positivi. Nello specifico nei partecipanti è stata rilevata una diminuzione dell'ansia, un aumento dell'autostima e dell'autonomia e un netto miglioramento delle condizioni fisiche. Inoltre l'ambiente montano e la natura generano profonde sensazioni di benessere. Punto focale di quest'attività è stata la dimensione grupppale basata sulla condivisione e sulla fiducia verso i compagni. Gli strumenti testati sono stati reputati efficaci per la valutazione del trattamento e di facile utilizzo.

Conclusioni. La ricerca ha permesso di migliorare il lavoro in team riducendo la perdita d'informazioni utili che permettono di affermare che l'utilizzo della montagna come approccio terapeutico riabilitativo può rappresentare una strategia utile nelle persone affette da malattie mentali. Una ricerca più specifica su un campione più numeroso potrebbe descrivere in modo più dettagliato il ruolo strategico dell'infermiere, quale professionista capace di essere un mediatore con l'ambiente.

Parole chiave: *montagna, malattia mentale, riabilitazione, progettazione, monitoraggio*

ABSTRACT

Introduction. The mountain is a novelty in the therapeutic rehabilitative field of many diseases and disabilities. The aim is to improve the quality of life of the person and his health in a global sense. In the field of psychiatry the use of the mountain as a rehabilitation setting aims to increase self-esteem and personal autonomy. The central point of this activity must be continuity in time, since only in this way can be reached significant changes.

Objective. The research-action is aimed at defining an operational instrument for planning and monitoring of rehabilitative interventions of Montagnaterapia directed at groups of people with mental disorders and benefits experienced by these.

Materials and methods. Research-action with longitudinal design mixed method. The variables studied were chosen based on a thorough analysis of the literature. For data collection, they used both quantitative methods (questionnaires and data collection form) and qualitative methods (interviews and field observation). After its definition, the tool has been tested and data collection have been prepared and discussed, and some parts of the tool have been changed.

Results and discussion. From the analysis of questionnaires, interviews and observation forms many positive elements have emerged. Specifically was detected decreased anxiety, increased self-esteem and autonomy and a clear improvement of the physical conditions. Also the mountain environment and nature generate deep feelings of well being. The focus of this activity is the group dimension based on the sharing and trust in his teammates. The instruments were reputed effective for the evaluation of treatment and easy to use.

Conclusion. The research has improved teamwork reducing the loss of valuable information that allow us to say that the use of the mountain as a rehabilitative therapeutic approach may be a useful strategy in people with mental disorders. A more specific research on a larger sample could describe in more detail the strategic role of the nurse as a professional capable of mediator with the environment.

Keywords: *moutain, mental disease, rehabilitation, design, monitoring*

INTRODUZIONE

Il lavoro nasce grazie alla mia passione per la montagna e alla scoperta del suo utilizzo come *setting* riabilitativo per numerose patologie. Il mio interesse per la Montagnaterapia, inizia il 25 ottobre 2013, durante il convegno “La Montagna unisce, aiuta e cura: incontri, proposte, riflessioni sull’attività di Montagnaterapia” presso il Museo Nazionale della Montagna a Torino in occasione del 150° anno di fondazione del Club Alpino Italiano. Ho potuto vedere filmati e ascoltare racconti di psichiatri, infermieri, educatori e volontari delle diverse realtà piemontesi, che svolgevano attività riabilitative utilizzando l’ambiente montano. Ho colto in questo modo l’opportunità di approfondire l’argomento nell’ambito della riabilitazione psichiatrica.

L’ambiente montano è costituito da due identità contrapposte: da una parte è etichettata come fonte di traumi, incidenti e catastrofi, dall’altra come un luogo di cura, fonte di guarigione e benessere, basti pensare al gran numero di sanatori e centri termali, nati nei secoli scorsi a elevate altitudini. In questo caso non è direttamente la montagna ad avere capacità curative, bensì i suoi elementi quali acqua o aria, che diventano terapeutici generando benefici sulla persona¹.

La nascita della Montagnaterapia si può collocare in Francia nei primi anni Ottanta. Nel centro ospedaliero Bel Air a Charleville-Mézierès, l’infermiere Pascal Petitqueux – nel 1984 – decide di portare in montagna i suoi pazienti, per allontanarli dal “rito maniacale” nel quale vivevano da anni. Questa “terapia d’alta montagna” è in grado di far “riaffiorare la loro umanità di fronte al pericolo e all’imprevisto”². L’esperienza francese è resa nota in Italia soltanto 8 anni dopo, nel 1992, con l’articolo: “Malati di mente alpinisti per guarire” pubblicato da Ulderico Munzi sul Corriere della Sera e a partire dal 1993, nascono le prime esperienze italiane.

Presso il centro diurno psichiatrico dell’ASL RM 3 San Godenzo a Roma viene proposto un progetto a carattere terapeutico-riabilitativo denominato “Corpo, Ambiente, Mente” che si sviluppa in uno scenario montano. Il termine Montagnaterapia è ancora inesistente. Il lavoro svolto viene videoregistrato e portato

a conoscenza dei servizi di Salute Mentale della Regione Lazio, rendendo così possibile la nascita di altri gruppi di lavoro.

Negli anni successivi nascono e si consolidano progetti in diverse parti d'Italia. Nel 1999 si svolge a Pinzolo, in Trentino Alto Adige, un convegno intitolato "Montagna e solidarietà: esperienze a confronto". Questo incontro, al quale partecipano amministratori, medici, psichiatri, infermieri, guide alpine e pazienti, rappresenta una tappa fondamentale nel processo di consolidazione e diffusione di questa nuova forma di riabilitazione e cura. Il giornalista Matteo Serafin, in seguito al convegno pubblica su Famiglia Cristiana un articolo intitolato: "Quando la montagna diventa un aiuto alla vita"³. Per la prima volta, dal 1984 viene utilizzato e coniato il termine "Montagnaterapia".

Nel 2000 nasce il "Gruppo di lavoro per la Montagnaterapia del Lazio" e nel 2003 ha origine in Trentino il progetto "Sopraimille" promotore di numerose iniziative negli anni, ma abbandonato nel 2014, con enorme rammarico degli organizzatori e dei partecipanti, per decisione dell'Azienda Sanitaria.

Nel 2006 ha luogo a Passo Pordoi (valico alpino delle Dolomiti) il "Convegno Nazionale del Club Alpino Italiano" dove si ottiene un altro grande risultato solidificando le fondamenta della Montagnaterapia, realtà ormai diffusa in molte regioni italiane. L'Italia viene divisa in 10 macrozone geografiche costituite da più regioni rappresentate da un referente per ogni macrozona, permettendo una migliore collaborazione e comunicazione tra i diversi gruppi operativi italiani. Il referente ha il compito di mappare i gruppi presenti all'interno della propria macrozona, aiutare i nuovi gruppi emergenti, organizzare riunioni ed eventi per potenziare la rete, l'attività e l'area di lavoro⁴.

L'ottimo sviluppo e lavoro delle macrozone ha portato all'organizzazione di importanti convegni nel corso degli anni seguenti: nel 2007 ad Asiago, nel 2008 a Riva del Garda, nel 2010 a Bergamo, nel 2012 a Rieti e nel 2014 a Cuneo.

Le numerose realtà italiane hanno utilizzato l'ambiente montano a scopo terapeutico-riabilitativo per diverse problematiche: progetti di reinserimento sociale per portatori di handicap psico-fisici, per la cura delle dipendenze, per i non vedenti.

Altre esperienze e studi hanno dimostrato che la pratica dell'escursionismo rappresenta un'ottima tecnica di riabilitazione per pazienti cardiopatici o reduci da infarti del miocardio, a condizione che si rimanga ad altitudini inferiori ai 3000 metri s.l.m. e con gli adeguati controlli clinici. I pazienti cardiopatici in questo modo riescono superare i limiti imposti dalla malattia⁵. Anche per quanto riguarda le malattie broncopolmonari, rimanendo a quote inferiori ai 3000 metri s.l.m., traggono dei benefici dal trekking, grazie alla mancanza di inquinamento, acari e gran parte degli allergeni presenti in pianura⁶.

Il trekking in alta quota, preceduto ovviamente da un periodo di preparazione fisica ha riportato ottimi risultati nei pazienti con diabete di tipo 2, con livelli di glicemia, colesterolo e insulina a digiuno decisamente migliorati⁷.

Gli adolescenti con il cancro hanno migliorato l'accettazione di sé e l'autorealizzazione esplorando la natura selvaggia nei campi estivi dell'*Adventure Therapy*⁸.

I migliori risultati nell'ambito della riabilitazione in montagna sono stati ottenuti nella Salute Mentale. Le attività sono rivolte a soggetti con disturbi psicotici, disturbi dell'umore e di personalità, ma anche disturbi del comportamento alimentare.

La definizione di Montagnaterapia più conosciuta e citata 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 ed alla riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità; esso è progettato per svolgersi, attraverso il lavoro sulle dinamiche di gruppo, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna. La Montagnaterapia rivolgendosi all'interezza e inscindibilità della persona e 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. La Montagnaterapia si attua prevalentemente nella dimensione dei piccoli gruppi (dai tre ai dieci partecipanti) anche coordinati fra 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. Nella Montagnaterapia, per raggiungere gli obiettivi prefissati, gli interventi socio-sanitari si articolano e si integrano con le conoscenze culturali e le attività tecniche proprie delle discipline della 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. Le attività di Montagnaterapia 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 Montagnaterapia vengono progettate ed attuate prevalentemente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, o in contesti socio-sanitari accreditati, con la fondamentale collaborazione del Club Alpino Italiano (che ne riconosce ufficialmente le finalità e l'Organizzazione Nazionale), e di altri Enti o Associazioni (accreditate) del settore⁹.

Le attività svolte sono molteplici: camminata, escursionismo, arrampicata, sci di fondo, racchette da neve. Solitamente della durata di un giorno, ma si organizzano anche uscite di più giorni, con il pernottamento in rifugio o in tenda, grazie alle quali il gruppo si consolida maggiormente creando forti legami.

Nell'ambito della Salute Mentale l'obiettivo principale è favorire il contatto con se stessi e la riscoperta del proprio corpo attraverso il contatto con la natura e la relazione con gli altri partecipanti. Il gruppo è uno degli strumenti fondamentali per quest'attività, complice l'ambiente montano che offre la possibilità di sperimentare la qualità delle relazioni. La dimensione grupppale nelle persone affette da schizofrenia ha riportato risultati positivi e rilevanti quali l'aumento dell'autostima, l'autoaffermazione e la riduzione dei pensieri negativi¹⁰. All'interno del gruppo ogni membro diventa un anello importante, impara ad affidarsi agli altri, ad aiutarli nel momento del bisogno, che siano pazienti o operatori¹¹. In montagna mente e corpo si confrontano con l'ambiente naturale e modificato in minima parte dall'uomo trasformandosi e diventando più dinamici¹². Camminando per i sentieri immersi nella

natura le persone possono vivere momenti scanditi da eventi non comuni della loro quotidianità. Come ricorda Pierre Sansot “*ho deciso di camminare: accetto dunque di espormi alla pioggia, al vento, al sole, a spettacoli e impressioni imprevisti che possono turbarmi, turbare il mio comfort intellettuale*¹³”. Durante le uscite qualsiasi azione o fatto può rappresentare un imprevisto per il paziente, perché completamente estraneo rispetto alla sua quotidianità, solitamente trascorsa tra le mura di casa, di un ospedale o convivendo con il suo stato di malessere.

Contesto della ricerca

Il **Gruppo Montagna** è un team di utenti e operatori sanitari che fa parte del Centro Diurno “Il Faggio Rosso” (struttura semi-residenziale con funzioni terapeutico-riabilitative a medio e lungo termine) del Dipartimento di Salute Mentale ASL1 di Cuneo. Il Centro Diurno è dotato di una propria équipe, alla quale si aggiungono operatori di cooperative sociali e associazioni di volontariato. L'équipe è costituita da medici, psicologi, infermieri ed educatori.

Sul territorio dell'ASL CN1 sono presenti sette Centri Diurni: Fossano, Mondovì, Racconigi, Saluzzo, Cuneo, Dronero e Ceva.

In questi centri si svolgono:

- attività individuali (visite specialistiche, psicoterapia individuale, colloqui con i familiari, somministrazione di terapie);
- attività di gruppo specifiche per lo sviluppo di capacità espressive volte al miglioramento delle relazioni interpersonali e di gruppo (Musicoterapia, Arteterapia, Psicomotricità);
- attività di tipo ricreativo, informazione e sostegno alle famiglie;
- interventi di tipo riabilitativo con l'obiettivo di recupero di attività manuali per la quotidianità e per la cura del sé, progetti di reinserimento lavorativo¹⁴.

L'attività di Montagnaterapia è organizzata soltanto dal Centro Diurno di Cuneo, dove è iniziata vent'anni fa grazie all'iniziativa di un infermiere (maestro di

sci di fondo, specializzato nell'insegnamento ai soggetti disabili) successivamente affiancato da un collega.

L'invio dei pazienti al Centro Diurno avviene a cura degli operatori (medico psichiatra) del Centro di Salute Mentale in collaborazione con i medici del territorio. Il medico del Centro Diurno, responsabile dell'attività, dopo un'accurata valutazione decide se confermare l'ingresso del paziente in questo progetto di cura. In seguito si programma un incontro al Centro Diurno insieme al medico e i due infermieri responsabili del Gruppo Montagna per conoscersi e presentare l'attività, seguendo un iter che prevede una fase di progettazione degli interventi e di definizione degli obiettivi.

Dopo circa un mese si esegue la valutazione dell'attività insieme al paziente e al medico responsabile del Centro Diurno. Una volta all'anno ogni paziente effettua una visita medico-sportiva per l'attività non agonistica presso un Centro Specialistico esterno. Ogni paziente del Gruppo Montagna ha un programma personalizzato con visite periodiche dal medico psichiatra curante del CSM, mediamente ogni mese o sulla base delle specifiche necessità. Con tempistiche variabili ha anche colloqui con il medico del Centro Diurno e, autonomamente o su invio da parte di quest'ultimo, anche controlli effettuati dal medico di base.

La terapia è prescritta e aggiornata dal medico del CSM e somministrata dagli infermieri del Centro Diurno soltanto a due pazienti del Gruppo Montagna, tutti gli altri la gestiscono in completa autonomia.

Il Gruppo Montagna è composto da 10 persone di età compresa tra i 22 e 55 anni a prevalenza maschile (80%), 9 di questi partecipano con regolarità alle uscite.

Le patologie di tali utenti sono descritte attraverso il grafico I.

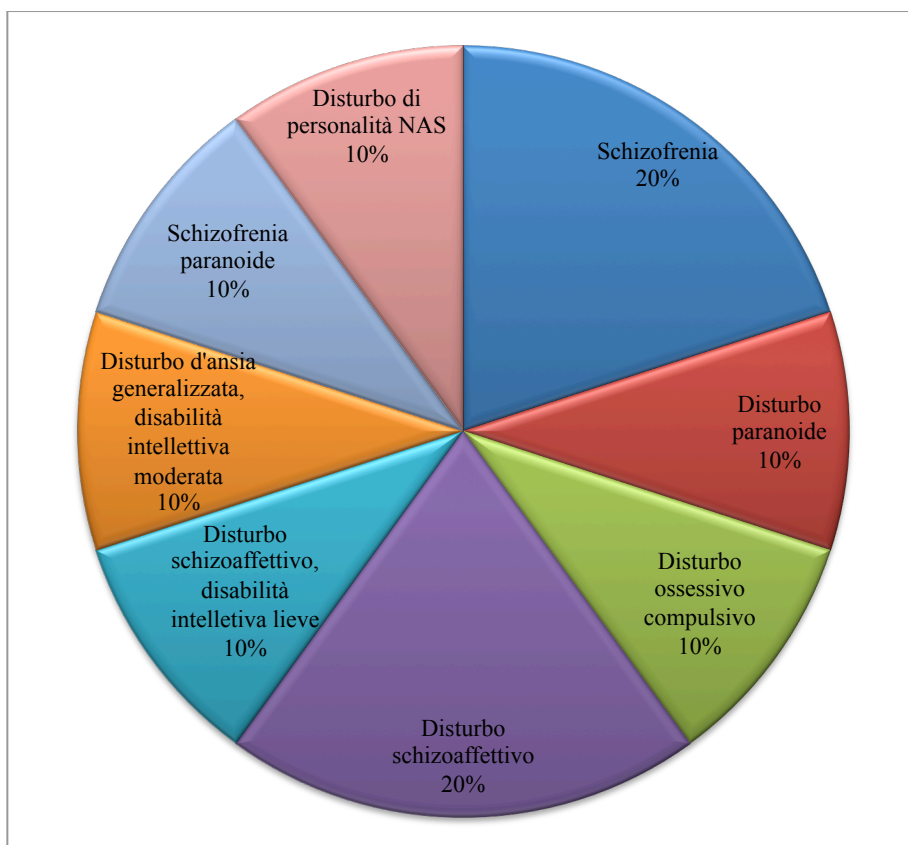


Grafico I - *Distribuzione delle patologie dei pazienti*

I criteri utilizzati dai medici per poter inserire un utente nel Gruppo Montagna sono il buon compenso psicopatologico e una situazione clinica compatibile con le uscite sul territorio, l'età non avanzata, le discrete capacità di movimento e di coordinazione, lo stato di salute fisica compatibile con attività motoria sotto sforzo e soprattutto la disponibilità e la volontarietà a far parte di un gruppo.

Il grafico II riporta gli anni di frequenza all'attività di Montagnaterapia dei membri del gruppo. Il 70% vi partecipa da più di 4 anni.

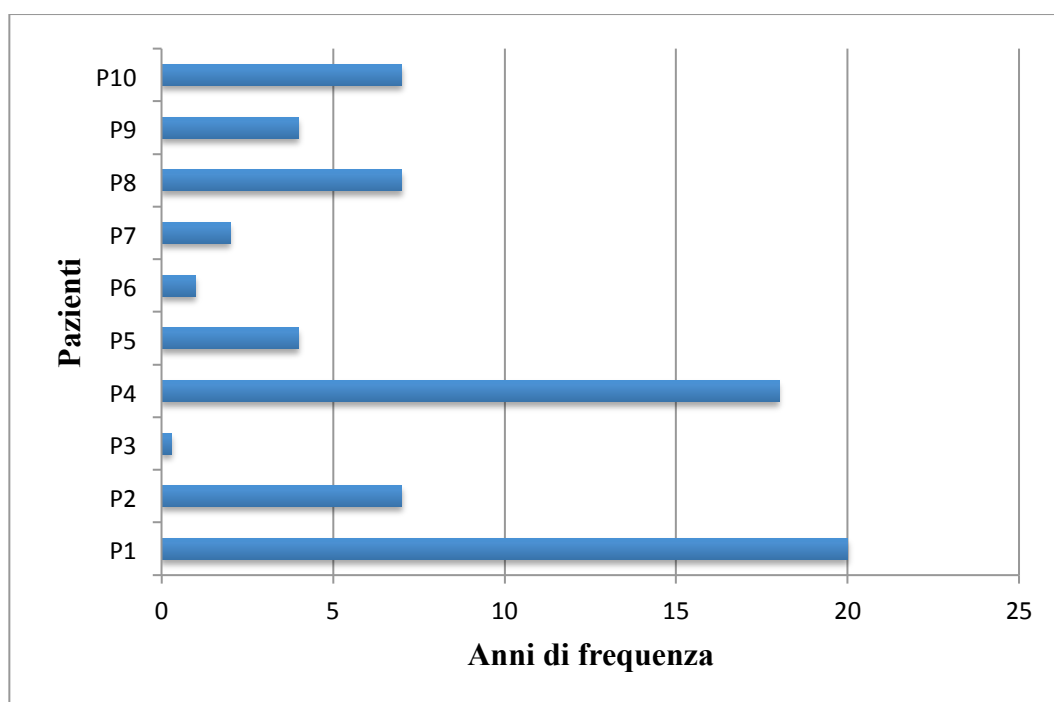


Grafico II - Anni di frequenza attività

I tempi dell'attività in genere sono i seguenti:

- appuntamento al Centro Diurno alle ore 9:00, equipaggiati di zaino, pranzo al sacco, scarponcini e abbigliamento idoneo al tipo di uscita in programma
- rientro al Centro intorno alle ore 16:30.

Nel corso degli ultimi anni sono stati organizzati trekking estivi di più giorni: trekking sull'Etna (2012), il giro del Monviso (2013), un trekking someggiato nelle valli cuneesi (2014), trekking sulle Dolomiti (2015).

La città di Cuneo ha ospitato a Ottobre 2014 il IV Convegno Nazionale di Montagnaterapia "Fare e Pensare in Montagnaterapia".

Inoltre nel mese di Febbraio 2016 il gruppo è stato invitato dagli operatori dell'ASL CN2, intenzionati ad avviare questo tipo di attività, a condividere le esperienze con lo scopo di definire indicatori di performance attraverso un intervento di benchmarking.

Le persone coinvolte nella creazione dello strumento di progettazione degli obiettivi e di monitoraggio dei risultati raggiunti in seguito a interventi di Montagnaterapia, fanno parte del CAI, del CSM ASL1 di Cuneo, dell'Università di Torino e pertanto hanno competenze ed esperienze eterogenee, cosa che ha permesso di affrontare la questione da varie angolature, tenendo presente tutte le possibili variabili. Durante la fase di definizione delle aspettative relative al progetto di ricerca sono state organizzate riunioni "del pensare riflessivo". Attraverso la tecnica del brain-storming sono state raccolte le esperienze, i pensieri e le perplessità, ovvero quel sapere implicito nato dall'esperienza sul campo. Attraverso la condivisione e il confronto sono emerse come motivazioni alla creazione dello strumento la necessità di analizzare l'andamento dell'attività svolta con lo scopo di valutare l'esistenza di una discrepanza tra efficacy e effectiveness, di rispettare il principio di personalizzazione delle cure, di valorizzare il ruolo degli operatori e di raccogliere evidenze scientifiche.

OBIETTIVO

La ricerca si pone come obiettivo la creazione di uno strumento operativo per la progettazione ed il monitoraggio delle attività di Montagnaterapia, con lo scopo di valutare i vissuti ed i risultati dei pazienti che frequentano la montagna con finalità terapeutico-riabilitative e di migliorare le performance del team di cura.

MATERIALI E METODI

La realizzazione del progetto di ricerca-azione è avvenuta nel periodo compreso fra Novembre 2015 e Febbraio 2016 presso il Centro Diurno "il Faggio Rosso" dell'ASL CN1.

Lo schema della ricerca-azione partecipativa è il seguente:

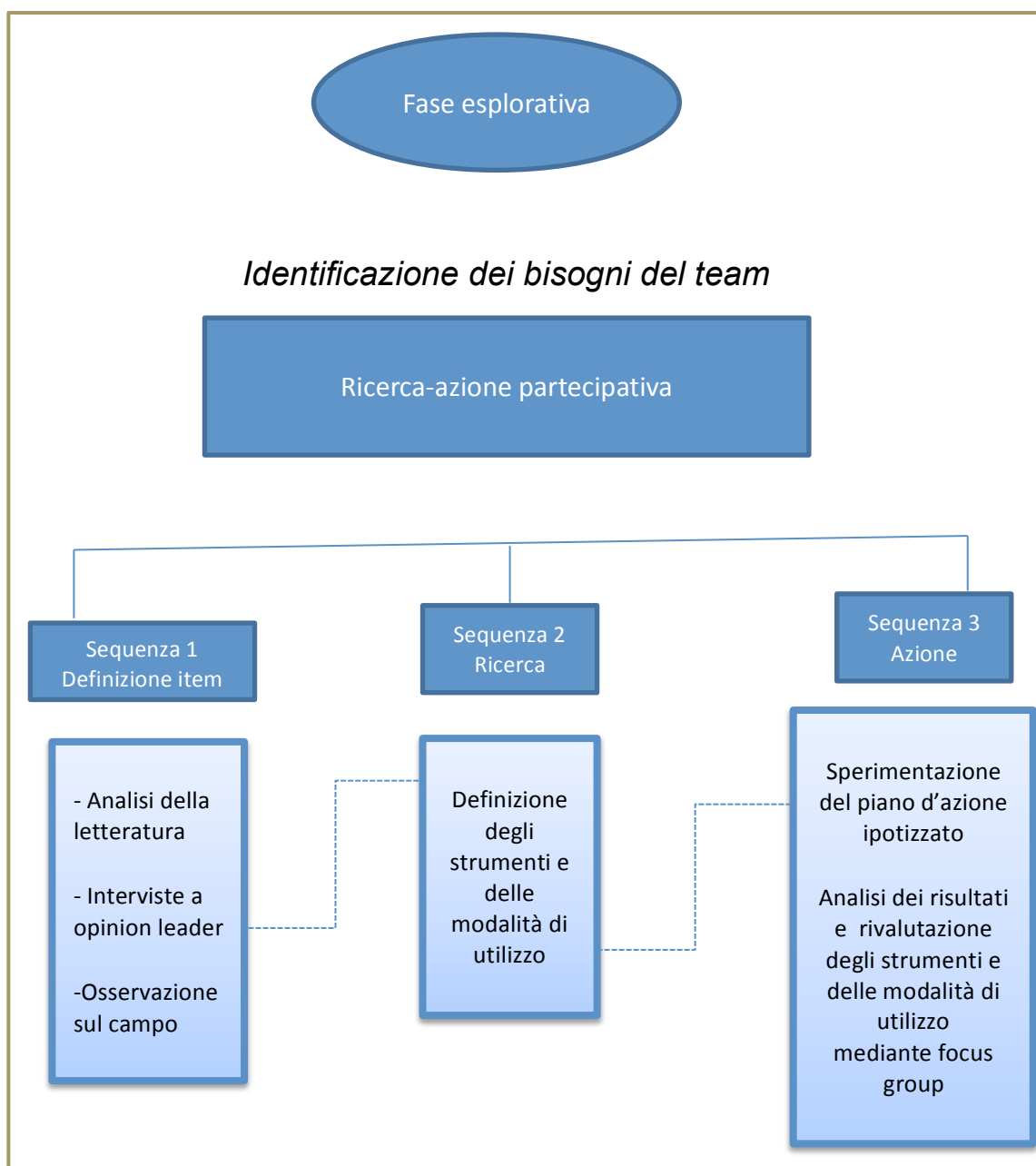


Grafico III - Schema della ricerca-azione partecipativa

Durante la sequenza 1, che si è svolta tra Novembre e Dicembre, sono stati definiti gli item che hanno dato origine a due strumenti operativi di progettazione e di valutazione dell'intervento.

Attraverso l'ausilio di strumenti già scientificamente validati come la *Skill Life Profile*¹⁵, osservazioni sul campo e interviste semi-strutturate somministrate a opinion leader quali:

- un medico rappresentante del CAI – sezione di Torino
- un infermiere rappresentante del CAI – sezione di Torino
- 2 infermieri responsabili del Gruppo Montagna di Cuneo

sono state costruite le ipotesi di efficacia sulla ricaduta della Montagnaterapia sugli utenti del Gruppo Montagna (tabella I).

Ipotesi	Indicatori
<i>Lo strumento di rilevazione delle informazioni permetterà di registrare se, le persone che aderiscono con regolarità alle attività, evidenzieranno:</i>	
- un miglioramento della qualità di vita (benessere fisico e psico-sociale)	- cambiamento dello stile di vita (fumo, alimentazione...) - sensazione di benessere correlata all'attività fisica
- un miglioramento dell'autostima e dell'autonomia	- aumento della percezione delle proprie capacità - miglioramento della capacità organizzativa
- un miglioramento delle relazioni sociali	- miglioramento della capacità di entrare in relazione con altre persone - capacità di aiutare chi si trova in difficoltà

Tab. I - *Ipotesi della ricerca*

Durante la sequenza 2 sono stati creati il *questionario di analisi dei vissuti e dei risultati percepiti* da somministrare agli utenti e la *scheda di osservazione/raccolta dati* da compilare da un operatore sanitario (infermiere o educatore) dopo ogni uscita.

Il **questionario** (vedi *allegato 1*), proposto in forma anonima, richiedeva nella prima parte (item da 1 a 4):

- informazioni di tipo anagrafico (genere ed età)
- tempo di adesione al progetto
- numero di uscite cui si è preso parte

Nella seconda parte (item da 5 a 30) sono stati indagati aspetti focalizzati su 3 tematiche specifiche: *aspetto emozionale* (item 5, 7, 8, 9, 14, 17, 24, 26, 27, 28, 29, 30), *aspetto corporeo* (item 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19) e *aspetto relazionale* (item 6, 10, 20, 21, 22, 23, 25), descritte in tabella II. Gli intervistati avevano la possibilità di scegliere una risposta su scala Likert a 5 punti (da mai a sempre).

Nell'ultima parte strumento sono state poste 2 domande a risposta aperta, relative al gradimento dell'esperienza (cosa si apprezza maggiormente dell'esperienza e consigli per migliorarla).

Aspetto	Descrizione
Emozionale	Fattore composto da dodici item. Indaga la gamma di emozioni e le manifestazioni a esse correlate durante le attività (ansia, tensione, rabbia, paura, gioia, piacere...)
Corporeo	Fattore composto da sette item. Indaga la capacità dell'utente di percepire il corpo, spesso fonte di rifiuto o negazione, tramite la fatica, gli sforzi fisici, gli stimoli forniti dalle variazioni climatiche...
Relazionale	Fattore composto da sette item. Indaga la percezione del gruppo, ovvero quanto l'utente sia integrato nel gruppo e che tipo di rapporto abbia con l'attività (puntualità, organizzazione...)

Tab. II - Tematiche indagate nel questionario di gradimento

La **scheda di raccolta dati** (vedi *allegato 2*) è stata definita utilizzando la medesima modalità. Gli operatori hanno stabilito di compilarla settimanalmente e di inserirla nella cartella del paziente.

La prima parte dello strumento era costituita da una parte anagrafica (nominativo e genere) e dai dati del compilatore (nominativo e ruolo).

Seguiva la sezione riguardante la tipologia di attività svolta: data, tipo di attività (escursione, sci, ciaspole, camminata o altro), la località, la durata e le condizioni meteorologiche.

Il livello di difficoltà era definito tramite con una valutazione su scala Likert (da molto facile a molto impegnativo) di due categorie: impegno tecnico e impegno fisico.

L'impegno tecnico comprendeva l'utilizzo di attrezzature specifiche, il dislivello affrontato e le condizioni meteorologiche, mentre l'impegno fisico riportava il livello di fatica fisica che l'attività comportava.

La seconda parte della scheda di osservazione era composta da 4 macrocategorie (aspetto corporeo, aspetto cognitivo-emotivo, aspetto relazionale, autonomia), ciascuna suddivisa in 4 items con valutazione su scala di Likert da 1 a 5 (da pessimo a molto buono) (tabella III). E' stata inserita la codifica NV (non valutabile) qualora fosse realmente impossibile assegnare una valutazione attendibile.

ASPETTO CORPOREO	Risposta fisica generale
	Equilibrio e coordinazione
	Manualità e utilizzo del materiale
	Percezione corporea
ASPETTO COGNITIVO-EMOTIVO	Concentrazione, attenzione, vigilanza
	Memorizzazione e rievocazione
	Gestione dell'ansia e emozioni
	Interesse per l'ambiente circostante
ASPETTO RELAZIONALE	Integrazione con il gruppo
	Capacità di interazione con il gruppo
	Comunicazione verbale
	Capacità di adattamento al gruppo

AUTONOMIA	Preparazione al tipo di uscita
	Capacità decisionale, iniziativa
	Raggiungimento dell'obiettivo
	Puntualità

Tab. III - *Macrocategorie e item della scheda di osservazione*

Nella parte finale vi era la possibilità di riportare, qualora verificatesi, manifestazioni sintomatologiche e la terapia farmacologica somministrata, oltre ad eventuali note aggiuntive.

Si è deciso di non inserire in fase iniziale spazi specifici di progettazione dell'attività, concentrandosi inizialmente sulla parte relativa alla raccolta delle informazioni. Oggetto di discussione finale doveva essere anche quello di valutare come e dove progettare eventuali obiettivi specifici per ciascun utente.

Durante la sequenza III sono stati testati i due strumenti.

Il *questionario* è stato testato su 9 utenti durante la prima gita del 2016. 4 pazienti hanno compilato il questionario al Centro Diurno, prima di partire, gli altri 5 hanno preferito compilarlo in rifugio, dopo aver pranzato. Il paziente assente alla prima uscita ha compilato il questionario durante la seconda. Prima della compilazione è stata spiegata l'importanza e il fine del questionario garantendo l'anonimato.

Per comprendere meglio i vissuti dei partecipanti al Centro Diurno è stata effettuata, prima di partire per la seconda uscita, un'intervista semi-strutturata che riprendeva gli item del questionario e che aveva lo scopo di dare più spazio e libertà di risposta.

La *scheda di raccolta dati* è stata testata durante le prime 5 gite del 2016. Ne è stata compilata una per paziente per un totale di 47 schede.

Le esperienze di compilazione sono state discusse, insieme ai risultati emersi, durante un focus group fra gli operatori, svoltosi nel mese di Febbraio 2016, e sono stati apportati alcuni cambiamenti agli strumenti elaborati, ma non alle modalità di utilizzo.

RISULTATI

Nella compilazione del *questionario* sono stati coinvolti 10 pazienti.

La distribuzione dei risultati relativi all'**aspetto emozionale**, riportata nel grafico IV, evidenzia un livello medio/alto di benessere ottenuto dall'attività in montagna.

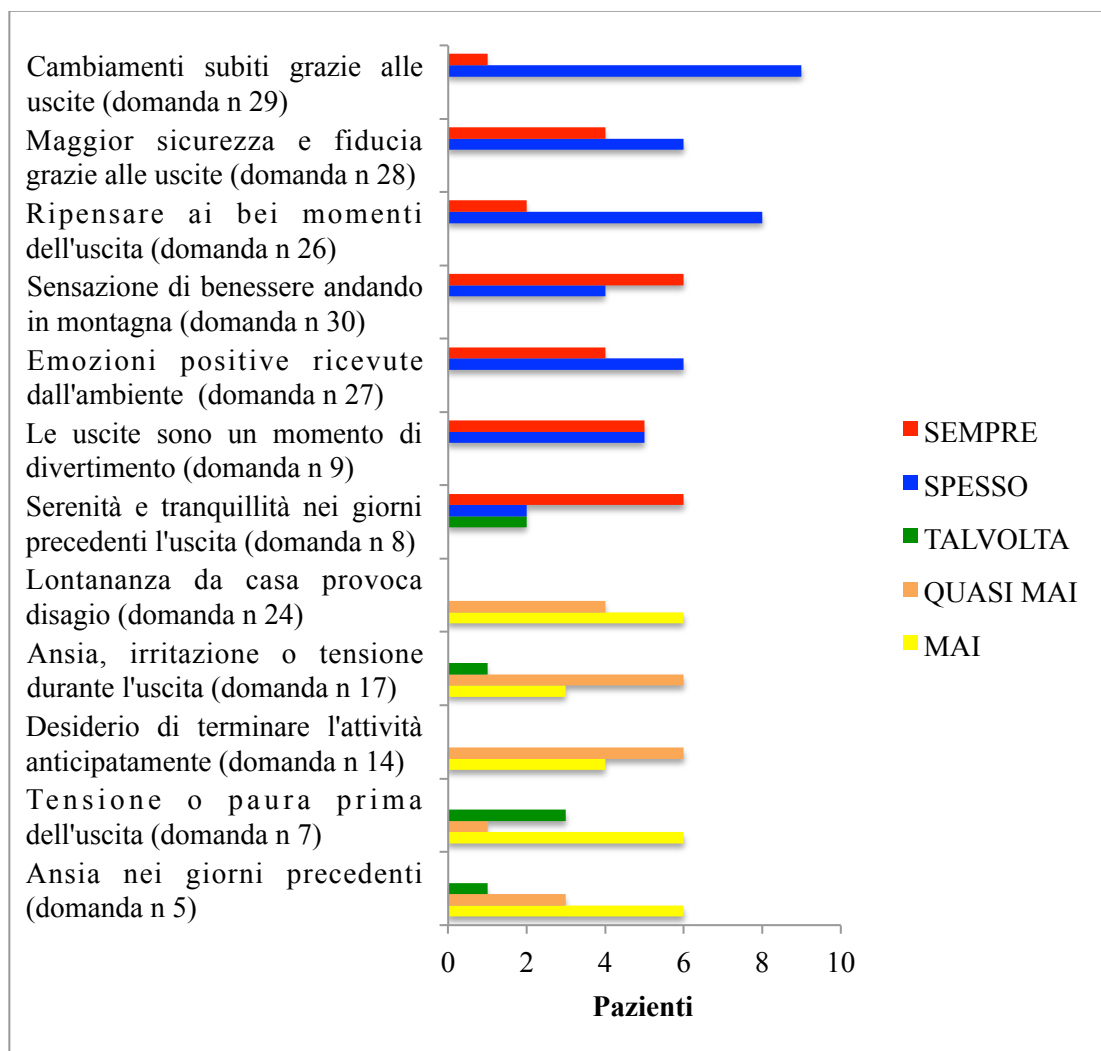


Grafico IV - Distribuzione dei risultati relativi all'aspetto emozionale

Gli item (5, 7, 14, 17, 24) relativi alle sensazioni ed emozioni sgradevoli quali ansia, irritazione e tensione prima, durante e dopo l'uscita riportano una percezione bassa o irrilevante, mentre quelli relativi a sensazioni di benessere (item 8, 9, 27, 30)

mostrano ottimi risultati. Le uscite, infatti, sono vissute da tutti come un momento piacevole e divertente, che lascia una sensazione di benessere, un ricordo positivo e permette di acquisire fiducia e sicurezza in se stessi e solo talvolta generano ansia o preoccupazione in 2 persone soltanto.

Per quanto concerne le sensazioni che l'utente percepisce provenire dal **corpo**, ovvero la fatica, il dolore muscolare, il clima, come riassume il grafico V, i pareri sono più contrastanti che nel campo precedente, in modo particolarmente rilevante in merito alla paura di non farcela.

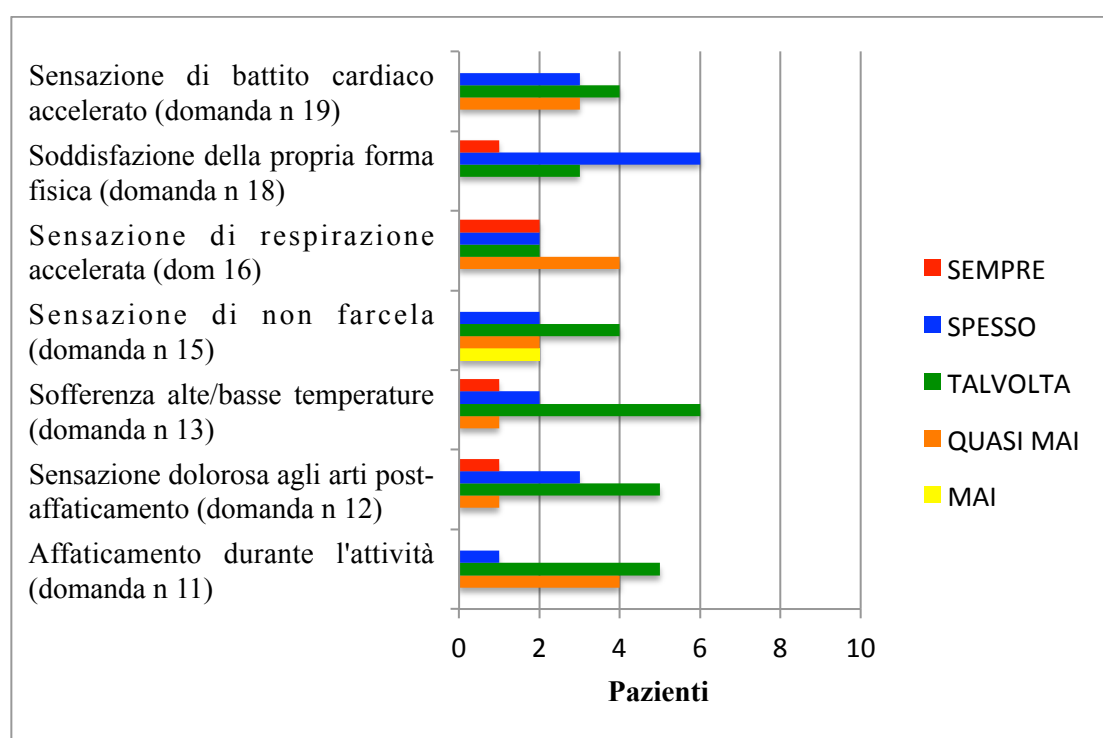


Grafico V - Distribuzione dei risultati rispetto all'aspetto corporeo

Positiva è in generale la risposta alla soddisfazione per la propria forma fisica, nonostante gli utenti dichiarino di percepire dolore agli arti inferiori al ritorno dalla gita e la fatica in modo più o meno elevato durante l'attività, ovvero la sensazione di affaticamento, di battito cardiaco accelerato e di respirazione affannata.

Anche in merito alla percezione delle sensazioni derivanti dalle temperature le risposte sono eterogenee.

Infine il grafico VI riporta i risultati relativi all'**aspetto relazionale**.

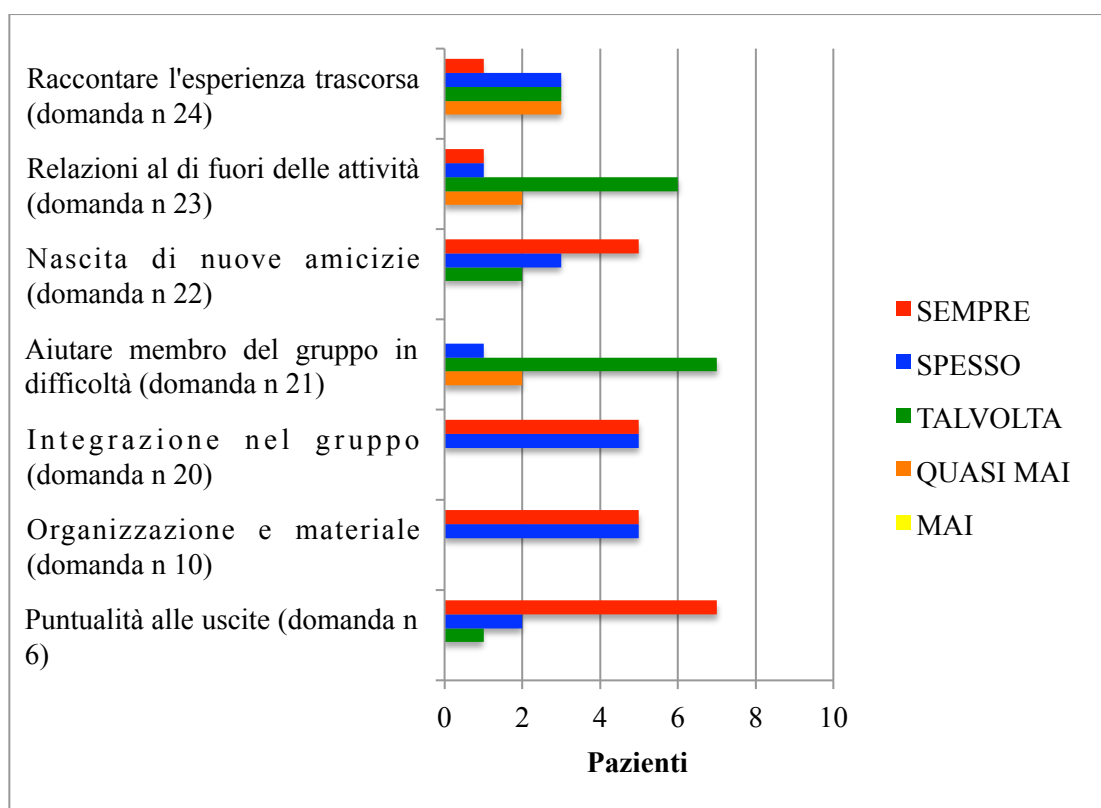


Grafico VI - Distribuzione dei risultati rispetto l'aspetto relazionale

L'esperienza è vissuta come utile per imparare ad organizzarsi (gestione dei materiali, dei tempi, degli spazi....) e per stare con gli altri in modo attivo, nonostante raramente un membro del gruppo in difficoltà sia stato aiutato dagli altri.

Non tutti dichiarano di raccontare l'esperienza effettuata, anche se dalle osservazioni emerge che molte persone scattano fotografie e le mostrano agli altri pazienti del Centro Diurno e ai propri familiari.

Inoltre nel gruppo si fanno nuove amicizie, ma raramente questo rapporto continua al di fuori dell'ambiente di cura, nonostante ben 7 pazienti abbiano espresso nelle successive interviste il desiderio di organizzare delle serate e di vedersi al di fuori delle attività organizzate dal Centro Diurno e dal Gruppo Montagna (*“mi piacerebbe se ci vedessimo di più, così da raccontarci che cosa abbiamo fatto durante la settimana”*).

Attraverso la triangolazione con i dati emersi dalle osservazioni sul campo e dalle informazioni delle interviste ai pazienti, è possibile confermare quasi completamente i risultati finora illustrati.

In merito ai dati emersi attraverso l'intervista semi-strutturata somministrata ai pazienti è emerso che il gruppo e la natura sono fonte di benessere per tutti i partecipanti: *“Il gruppo mi dà la carica, perché anche quando si è in difficoltà, è il gruppo che ti aiuta a superarla e darti la forza per continuare”*, *“stare con loro mi fa stare bene, perché mi sento finalmente parte di qualcosa”* e ancora *“il contatto con la natura, la vista delle montagne mi fa stare bene, perché non penso alla mia quotidianità e al mio malessere”*. 6 pazienti hanno sottolineato come sia stato difficoltoso iniziare a partecipare alle uscite in montagna, difficoltà dovute alla forma fisica non eccelsa, all'incapacità di stare insieme ad altre persone e alla lontananza da casa. Oltre al miglioramento delle proprie condizioni psicologiche, è emerso un miglioramento delle condizioni fisiche in seguito a un minor consumo di sigarette e a un'alimentazione più regolare: *“Fumo molte sigarette in meno il mercoledì perché in montagna non ne sento il bisogno”*, *“forse sarà la fatica o lo stare insieme ai miei amici e compagni, ma la sera mi rendo conto di aver acceso davvero pochissime sigarette”*, *“da quando partecipo alle uscite in montagna fumo molto meno e ho smesso di mangiare in continuazione; è un avvicinamento al volersi bene e al voler fare attività fisica”*.

All'interno del gruppo i legami tra i pazienti e gli operatori sono molto profondi e consolidati (dato emerso dalle osservazioni), infatti i pazienti hanno affermato di non voler allargare il gruppo a molti partecipanti nuovi o di non aver piacere di partecipare spesso a uscite con altri gruppi di Montagnaterapia.

Rispetto alla valutazione dell'aspetto più gradito, prima delle domande aperte del questionario, il pensiero condiviso dalla totalità dei pazienti è l'atto del camminare all'aria aperta, in mezzo alla natura e il fare parte di un gruppo unito e affiatato, mentre rispetto alla possibilità di fornire un consiglio per migliorare l'attività, seconda domanda aperta del questionario, 8 pazienti hanno dichiarato di non averne, mentre 2 pazienti hanno suggerito: uno che potrebbe essere bello visitare

nuove valli e l'altro che sarebbe utile effettuare maggiori soste per riprendersi dalla fatica fisica.

I risultati relativi alla *scheda di osservazione*, che è stata compilata per ogni paziente dopo ogni uscita (cinque uscite tra Gennaio e Febbraio 2016: Colle della Maddalena, Grotte di Aisone, Madonna del Colletto, Bergemolo, Strepeis – Bagni di Vinadio con soltanto 3 assenze effettuate da pazienti diversi in tre uscite ma giustificata da impegni terapeutici e 2 assenze dovute a ritardo e scelta personale di non partecipare) dagli operatori presenti, dimostrano che in primo luogo andare in montagna migliora la gestione dell'ansia e delle emozioni poiché i pazienti non hanno riportato manifestazioni sintomatologiche, ad eccezione della seconda uscita dove un paziente ha avuto una crisi poi risolta spontaneamente.

Nella tabella IV sono riassunte le uscite svolte con la descrizione della tipologia e i principali risultati rilevati.

Gita	Descrizione gita	Risultati
Colle della Maddalena (2000 mt. s.l.m.).	Prima uscita dopo il periodo delle festività natalizie. Camminata di circa un'ora.	Al gruppo si è aggiunto un nuovo partecipante, questa è stata la sua prima uscita in montagna. Ha riportato ottimi risultati per quanto riguarda l'aspetto corporeo e cognitivo-emotivo. Per quanto riguarda l'aspetto relazionale ha riscontrato qualche difficoltà, presumibilmente causata dallo scarso legame con i singoli membri del gruppo. Ha ottenuto buoni risultati nella valutazione del livello di autonomia, risultati migliorabili con l'esperienza. I pazienti 1 e 5 hanno ottenuto risultati sufficienti per quanto riguarda l'aspetto relazionale e l'autonomia. Entrambi con abbigliamento non del tutto idoneo al tipo di uscita e tendono a stare in coda al gruppo relazionandosi sempre con le solite persone. I pazienti 2 e 4 non hanno rispettato i tempi dei compagni e hanno cercato di primeggiare sul gruppo stesso. Tutti gli altri membri del gruppo hanno riportato risultati buoni/molto buoni in tutti gli item analizzati.
Aisone	Escursione di circa 90 minuti con la visita alle Grotte di Aisone	Hanno partecipato tutti i membri del gruppo. Sono stati registrati miglioramenti in termini di autonomia da parte dei pazienti 1 e 5, sicuramente meglio organizzati dell'uscita precedente per quanto riguarda l'abbigliamento. La paziente 3

		<p>ha mostrato un miglioramento nell'aspetto relazionale creando legami più forti con alcuni membri del gruppo. I pazienti 2 e 4 non hanno nuovamente rispettato i tempi del gruppo. Gli operatori sono stati costretti a richiamarli più volte, chiedendo loro di rallentare il passo. Il paziente 10 ha avuto una crisi di ansia importante, impedendo al gruppo di proseguire. Il gruppo si è diviso e un operatore è tornato indietro con il paziente tranquillizzandolo mentre l'altro operatore ha continuato la camminata con il resto del gruppo.</p>
<p>Madonna del Colletto (1305 mt. s.l.m)</p>	<p>Gita impegnativa sia da un punto di vista tecnico, sia fisico per via del dislivello affrontato (circa 400 mt) e del sentiero scivoloso</p>	<p>La paziente 2 presenta lievi miglioramenti per quanto riguarda l'aspetto relazionale, rispettando maggiormente i ritmi del gruppo nonostante qualche richiamo. Ottimi risultati per i pazienti 3 (tenendo presente che è la sua terza uscita), 4, 6, 7, 8 e 9 in tutti gli aspetti analizzati. È emersa una grande coesione tra i membri del gruppo che nonostante la fatica fisica si sono aiutati a vicenda nei tratti più difficili. Il paziente 5, che solitamente si relaziona sempre con i soliti compagni e tende a rimanere in coda al gruppo, durante l'uscita ha condiviso tratti del percorso insieme a tutto il gruppo, partecipando e intervenendo attivamente in alcune discussioni. Il paziente 10 ha dimostrato, a differenza dell'uscita precedente, un'ottima gestione dell'ansia e delle emozioni, raggiungendo l'obiettivo prefissato. Nei tratti più difficili del sentiero è riuscito, in buona autonomia, a rimanere tranquillo, superando le impervietà.</p>
<p>Bergemolo (1160 mt. s.l.m.)</p>	<p>Uscita mediamente impegnativa sia per quanto riguarda l'impegno tecnico, che quello fisico. Durata 90 minuti circa tra sci di fondo e ciaspole.</p>	<p>Nuovo ingresso nel gruppo, il paziente 11, per la sua uscita di prova. L'attività in programma è lo sci di fondo per 9 pazienti, mentre la paziente 3 e il paziente 11 hanno preferito utilizzare le ciaspole¹. Il paziente 1 è rimasto ad osservare il gruppo durante l'attività poiché ha avuto disturbi gastrointestinali durante il tragitto. Ha comunque partecipato attivamente all'attività gestendo l'organizzazione del materiale dei compagni e scattando alcune fotografie. I pazienti 3 e 11 hanno dimostrato ottime capacità di movimento e equilibrio e una buona manualità con l'attrezzatura. La giornata è stata molto proficua per quanto riguarda l'aspetto corporeo di tutto il gruppo, soprattutto gli sciatori. Hanno eseguito numerosi esercizi di equilibrio dinamico senza nessun tipo di problema.</p>

¹ Ciaspole: le racchette da neve, sono uno strumento che consente di spostarsi agevolmente a piedi sulla neve fresca poiché aumentano la superficie calpestata.

		<p>Due frasi particolari emerse dal paziente 11 a termine dell'attività hanno stupito gli operatori: <i>“oggi ero talmente impegnato a ammirare questo spettacolo, la neve, la montagna e gli altri ragazzi, che mi sono dimenticato di fumare”</i> e ancora <i>“grazie per avermi permesso di venire in montagna con voi, è stata una giornata fantastica, peccato non aver potuto partecipare prima di oggi”</i>.</p>
<p>Strepeis (1280 mt. s.l.m.) – Bagni di Vinadio</p>	<p>Uscita di 60 minuti. Difficoltà media per l'attività di sci di fondo dovuta al manto nevoso, nessuna difficoltà per la camminata.</p>	<p>Questa uscita ha riportato tre assenze: il paziente 6 per mancata puntualità (prima volta), il paziente 7 per impegni terapeutici, e il paziente 11 (era la sua seconda uscita) per aver espressamente affermato di non “essere in forma” per partecipare. Durante questa giornata il paziente 1 e il paziente 10, dopo essersi accordati nei giorni precedenti con gli operatori, hanno portato da casa i propri sci da fondo per poterli utilizzare durante l'uscita. Gli altri pazienti (2, 3, 4, 5, 8, 9) hanno effettuato una camminata lungo un sentiero innevato parallelo alla pista da sci di fondo. I pazienti 1 e 10 hanno dimostrato livelli alti di autonomia sia in termini di gestione del materiale che dagli operatori. Hanno, infatti, svolto l'attività da soli, mentre gli operatori accompagnavano il resto del gruppo durante la camminata. Eccellenti risultati per i pazienti 2 e 4 che hanno rispettato i tempi del gruppo senza isolarsi o voler “primeggiare”, anzi, partecipando attivamente ai discorsi tenuti durante la camminata. Anche il paziente 5 ha riportato dei miglioramenti in termini di relazioni che solitamente tende a rimanere in coda al gruppo insieme ai pazienti 6 e 7 (oggi assenti). Ha partecipato attivamente ai discorsi, rievocando anche esperienze passate con altri membri del gruppo senza mai isolarsi.</p>

Tabella IV – *Riassunto delle uscite*

I dati relativi all'aspetto emozionale, ovvero l'insieme delle emozioni positive generate dall'ambiente naturale e dalla capacità di rievocare momenti divertenti o alcuni particolari rilevanti avvenuti durante uscite precedenti, è molto presente.

Dall'analisi del gruppo nel suo insieme si può notare un buon livello d'integrazione tra i nuovi ingressi e i membri “storici” con il susseguirsi delle uscite. In generale aumentano l'affiatamento e la coesione, fatta eccezione per alcuni membri che tendono a rimanere sempre con i soliti compagni. Sono stati registrati

ottimi risultati anche per l'aspetto corporeo con un aumento dell'autonomia e delle capacità fisiche generali soprattutto nei pazienti "nuovi".

I due strumenti sono stati analizzati e discussi con gli operatori per apportare eventuali modifiche. Inizialmente nella prima parte della scheda di osservazione era possibile inserire la diagnosi del paziente, ma è stato deciso di rimuovere questa voce poiché la scheda è inserita nella cartella personale del paziente. Per quanto riguarda la completezza degli aspetti indagati e valutati non è stato necessario apportare modifiche poiché le 4 macrocategorie analizzano in modo completo tutti gli aspetti importanti.

Nella seconda parte della scheda era presente una sezione riguardante la terapia farmacologica (prescrizione ed eventuale somministrazione): è stato deciso di lasciare soltanto lo spazio per l'eventuale somministrazione, perché non ci fosse un doppione con la scheda di terapia presente in cartella, costantemente aggiornata dal medico del CSM.

È stata leggermente ampliata la sezione riguardando le "note" per aver più spazio dove annotare eventuali manifestazioni sintomatologiche o commenti riguardo atti salienti dell'attività rispetto al singolo paziente.

Analizzando e commentando in generale lo strumento è stato definito dagli operatori "agile" per il lavoro in ambito riabilitativo e "valido" perché sintetizza il tipo di risposta della persona rispetto all'obiettivo proposto nella singola uscita di Montagnaterapia. L'obiettivo è comunque anche "grupuale", in quanto tiene conto delle caratteristiche dei singoli componenti (raggiungibile da tutti). Tutti sono chiamati a perseguirlo con le proprie specificità.

È risultata particolarmente valida la lettura immediata della scheda a fini riabilitativi dell'aspetto corporeo, cognitivo-emotivo, relazionale e soprattutto dell'autonomia.

Altri aspetti positivi sono state la facilità e la rapidità di compilazione, estremamente importanti in quanto permettono di valutare nel tempo la risposta in termini di cambiamento della persona. In questo modo lo strumento e l'intervento di Montagnaterapia sono inseriti in un percorso riabilitativo personalizzato che comprende poi una serie di interventi su vari assi (lavoro, tempo libero,

socializzazione, famiglia, farmacoterapia), che vengono costantemente monitorati dall'équipe di riferimento (medico psichiatra, infermiere, educatore professionale e/o altre figure).

In questo senso lo strumento andrebbe probabilmente "coordinato" con altre schede riguardanti altre attivit, al fine di triangolare i dati rendendo pi monitorabile il percorso in termini di evidenza dei risultati.

Analizzando il questionario proposto ai pazienti  emerso l'intento di proporlo ogni 6 mesi per poter confrontare eventuali miglioramenti o peggioramenti nel vissuto dell'attivit. Non sono state apportate modifiche riguardo al questionario, risultato completo e di facile utilizzo e comprensione.

DISCUSSIONE

I dati permettono di affermare che le ipotesi iniziali in merito alla ricaduta degli interventi di Montagnaterapia sono state ampiamente confermate, dimostrando il raggiungimento di un beneficio generale in termini di miglioramento della qualit di vita, autonomia, autostima e di relazioni. Un parametro che in parte conferma le ipotesi  l'attaccamento alle attivit che si quantifica con un indicatore di frequenza superiore al 90%, considerato che questo tipo di attivit non  obbligatoria.

Nello specifico, dai questionari pervenuti e dal loro confronto con l'intervista semi-strutturata svolta al Centro Diurno,  stato messo in luce quanto partecipare settimanalmente a queste uscite di gruppo in montagna generi sensazioni davvero piacevoli e miglioramenti tangibili che si ripercuotono poi nella vita quotidiana. Tutti i pazienti hanno affermato di sentirsi pi sicuri e fiduciosi dopo le uscite in montagna e in parte di "essere cambiati", in senso positivo "andare in montagna mi permette di sfogare la mia rabbia, mi fa sentire libera e quando torno a casa, sto bene per qualche giorno ripensando alla giornata trascorsa".

Si pu affermare che grazie all'esercizio fisico ci siano miglioramenti di tipo sintomatologico per quanto riguarda la sfera psichica quali riduzione di ansia e paura¹⁶, minor ricorso alla terapia e diminuzione degli episodi acuti e dei ricoveri. L'ansia pu generarsi nei giorni precedenti l'uscita, ma anche durante l'attivit e, se non gestita, pu spingere al desiderio di terminarla anticipatamente. L'ansia o la

paura possono scaturire da molteplici fattori: altitudine, tempo meteorologico, la lontananza da casa, la fatica e “la paura di non farcela”.

A questi aspetti si affianca una serie di altri risultati indiretti sul piano fisico legati all’attività sportiva e di movimento con cambiamenti nelle abitudini di vita e in particolare una minor sedentarietà, una maggiore attenzione alimentare, diminuzione del consumo di sigarette, tutti legati al miglioramento generale dovuto all’allenamento fisico e dunque un aumento della resistenza, della forza e dell’equilibrio. Capacità che solitamente vengono dimenticate e peggiorano nel tempo nei pazienti affetti da questo tipo di patologie, in seguito a un rifiuto generale del proprio corpo. Quest’attività risulta di fondamentale aiuto ai pazienti per potersi nuovamente fidare del proprio corpo e delle proprie capacità accrescendo così la stima in se stessi.

È fondamentale la continuità nelle attività per il raggiungimento degli obiettivi a medio e lungo termine, solo in questo modo si possono ottenere cambiamenti rilevanti e duraturi.

Se la persona interagisce con il gruppo, è più propensa a partecipare e collaborare con gli altri membri e in questo modo vengono sfruttate al 100% le potenzialità del gruppo stesso.

Un altro aspetto davvero importante è il superamento dello stigma². In montagna si annullano le diversità e le gerarchie. La montagna annulla le differenze di classe/ceto sociale e quelle di tipo culturale o ideologico¹⁷. Vi è maggior vicinanza empatica. L’operatore sanitario all’interno del gruppo diviene un mediatore tra la montagna e il paziente restando all’interno del gruppo. Attraverso una supervisione medica porta avanti sul campo l’attività riabilitativa “modulandola” da una parte con gli stimoli legati all’ambiente montano e dall’altra con la conoscenza del gruppo e degli obiettivi individuali. Le escursioni sono accompagnate non solo dagli operatori sanitari, ma anche dai professionisti della montagna come le guide alpine o il personale del CAI, favorendo una maggiore integrazione sociale al di fuori del mondo psichiatrico.

² Stigma: Lo stigma è l’attribuzione di peculiarità negative a una persona o a un gruppo di persone: un marchio.

Il gruppo richiede molto tempo per formarsi e raggiungere alti livelli di coesione e la sua ragione di esistere si fonda su: fiducia, aiuto reciproco, condivisione delle emozioni e sul ruolo e le capacità di ognuno all'interno del team. In pratica "ogni membro è strumento di costruzione del senso di fiducia dell'altro": all'interno del Gruppo Montagna c'è chi si occupa di scattare fotografie per rielaborare e condividere i momenti vissuti con chi non ha partecipato, chi, appassionato di fauna e flora, condivide le sue conoscenze, chi ha l'incarico di "aprire" un sentiero, chi riesce a portare uno zaino in più aiutando un compagno in difficoltà.

Un tema affrontato dall'aspetto corporeo è la fatica. Camminare per ore per raggiungere una meta, non per forza una vetta, significa sottoporre il proprio corpo a una fatica non indifferente e permette di vivere tutta una serie di disagi, come particolari condizioni atmosferiche e fisiche (p.e. le asperità del terreno) a cui si risponde utilizzando nuove risorse, riscoprendo il proprio corpo e le sue potenzialità. Come afferma Le Breton "*camminare significa aprirsi al mondo. L'atto del camminare riporta l'uomo alla coscienza felice della propria esistenza [...] riporta alla percezione di sé, al fremito delle cose, ristabilisce una scala di valori che le abitudini collettive tendono a sfrondare*"¹⁸. Affrontare queste difficoltà permette di sperimentarsi e mettersi nuovamente in gioco, riscoprendo il proprio corpo e le proprie capacità. Diversi studi^{19,20} hanno dimostrato che l'introduzione di esercizio fisico nei regimi terapeutici rappresenta un approccio innovativo in grado di ridurre significativamente la gravità dei sintomi psicopatologici e cognitivi dei pazienti migliorando la qualità della vita e riducendo i sintomi negativi. Le attività che coinvolgono ambienti naturali hanno un impatto psicologico positivo sui partecipanti. Alla fine della giornata si può notare un'armonia perfetta tra la natura e ciò che la natura mette un po' in difficoltà, la persona.

Anche Wilson²¹ ha ottenuto risultati positivi utilizzando il giardinaggio come attività terapeutica – riabilitativa in persone con depressione. Quest'attività ha abbassato i livelli di depressione, inoltre è stata registrata un'importante perdita di peso e un miglioramento cognitivo in tutti i partecipanti.

Sullivan²² e Voruganti et al.²³ concordano nel proporre interventi terapeutici-riabilitativi sul territorio per persone con diagnosi di schizofrenia, sostenendo che vi sia un significativo miglioramento dell'autostima, una perdita di peso e un miglioramento marginale delle capacità cognitive. Nel paziente si crea in questo modo un senso di realizzazione e di appartenenza ponendosi nuovi obiettivi per la propria vita. Inoltre la perdita di peso può avere un profondo effetto su tutti i problemi di salute spesso correlati alla schizofrenia come il diabete, effetti collaterali da farmaci e altri disordini metabolici.

Infine, un tema emerso dall'analisi dei dati riguarda il rispetto delle regole. Non ci sono regole scritte ma la montagna impone a chi la frequenta ritmi, limiti, attenzioni, conoscenze non solo tecniche. La persona che frequenta l'ambiente montano si attiene a queste regole e impara anche a rispettare i ritmi degli altri membri del gruppo.

La Montagnaterapia è un'esperienza completa e unica che attraverso la fatica e la dedizione può permettere a chiunque vi prenda parte di mettersi in gioco con se stesso e con la vastità della natura.

“Noi sembravamo destinati a un destino fatto di sofferenza ed emarginazione. Abbiamo ottenuto un recupero psicofisico importante lavorando quasi esclusivamente sulla forza del gruppo con un continuo supporto psicologico da parte dei nostri operatori, più efficaci a mio avviso dei migliori farmaci a disposizione che naturalmente hanno la loro importanza, ma non fanno scattare quella scintilla che ci ha portato a compiere grandi imprese²⁴”, in queste parole si racchiude l'essenza dell'esperienza di Montagnaterapia.

CONCLUSIONE

A conclusione dello studio, sulla base dei risultati ottenuti, è possibile fare alcune considerazioni. L'ambiente naturale, nello specifico quello montano, riduce l'ansia, lo stress e favorisce stati d'animo positivi.

Proporre la “Montagnaterapia” come nuovo approccio terapeutico riabilitativo significa “oltrepassare le barriere”, uscire finalmente dalla concezione di psichiatria ospedalizzata e rinchiusa tra le mura, dirigendosi verso il contesto più

naturale dove l'individuo malato può nuovamente riscoprire sé stesso e il suo ruolo nel mondo che lo circonda. La persona grazie a questo nuovo *setting* può rimettersi in gioco e riscoprire le proprie risorse, stimolando l'individuo a non arrendersi alle prime difficoltà, sempre in vista di una meta ideologica.

Nonostante il significativo limite dello studio costituito dalla ridotta numerosità campionaria, i dati emersi fanno intendere che questa attività possa essere un promettente approccio riabilitativo. Gli strumenti di verifica ideati non riescono a cogliere in modo preciso tutti gli aspetti emersi durante le attività di ciascun paziente, ma i molti dati positivi emersi inducono a continuare con queste esperienze, elaborando nuove modalità di misurazione e di progettazione dell'intervento terapeutico.

Nel 1859 Florence Nightingale dichiarava che *“l'infermiere può favorire la guarigione dalla malattia controllando e migliorando alcuni fattori ambientali....”*. Alla luce di ciò una ricerca più specifica su un campione più numeroso potrebbe descrivere in modo più dettagliato il ruolo strategico dell'infermiere, quale professionista capace di essere mediatore con l'ambiente al fine di mettere il paziente nelle condizioni che la sua malattia diventi un'occasione di crescita personale.

Bibliografia e sitografia

- ¹ Carpineta S. Montagnaterapia tra realtà ed equivoci. Lo Scarpone. 2009;6:11.
- ² Munzi U. Malati di mente alpinisti per guarire. Corriere della Sera. 1992;281:9
- ³ Serafin M. Quando la montagna diventa un aiuto alla vita. Famiglia Cristiana. 1999;40:143
- ⁴ Sopraimille. Verso una rete nazionale, il forum dei saperi della montagna che aiuta in Lanfranchi F., Frecchiani A. eds. Sentieri di Salute: la montagna che cura; Bergamo, 12-13 novembre 2010. Bergamo: 2011. 132-134.
- ⁵ Scoppola G, Lumia F,. I tanti benefici della montagnaterapia per i cardiopatici. Cuore Amico. 2010;15(3):8-9.
- ⁶ Porciani F. Per l'asma e l'infarto la cura prende quota. Corriere della Sera. 2009;152:53
- ⁷ de Mol P, Fokkert MJ, de Vries ST, de Koning EJ, Dikkeschei BD, Gans RO, et al., editors. Metabolic effects of high altitude trekking in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2012;35(10):2018-20. Epub 2012.
- ⁸ Epstein I. Adventure therapy a mental health promotion strategy in pediatric oncology. Journal of pediatric oncology nursing. 2004;21:103-110
- ⁹ Scoppola G. e Colleghi. Definizione di montagnaterapia. 2007. Tratto da: www.satrivadelgarda.it
- ¹⁰ Borrás et al. Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. The journal of european psychiatric association. 2009;24(5):307–316.
- ¹¹ Pecchio O. La montagna come luogo di riabilitazione per malattie psichiatriche. 2006. Tratto da: <http://www.discoveryalps.it/1715,News.html>
- ¹² Stracca R. Dormire nei rifugi migliora la psiche. Corriere della Sera. 2005;264:16
- ¹³ Sansot P. Passeggiate. 2001
- ¹⁴ www.aslcn1.it
- ¹⁵ Manickam L.S.S., Satheesh Chandran R. Life skills profile of patients with schizophrenia and its correlation to a feeling of rejection among key family carers. Indian j psychiatry. 2005;47(2):94–98.
- ¹⁶ Anderson E., Shivakumar G. Effects of exercise and physical activity on anxiety.

Front Psychiatry. 2013;4:27.

¹⁷ Lanfranchi F. Prefazione in Lanfranchi F., Frecchiani A. eds. Sentieri di Salute: la montagna che cura; Bergamo, 12-13 novembre 2010. Bergamo: 2011. 12-15.

¹⁸ Le Breton D. Il mondo a piedi. 2001

¹⁹ Knöchel C. et al. Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. Prog neurobiol. 2012;96(1):46-68

²⁰ Craft L.L., Perna F.M. The benefits of exercise for the clinically depressed. Prim care companion j clin psychiatry. 2004;6(3):104-111

²¹ Wilson J.F. Relationship of outdoor recreation and gardening with depression among individuals with disabilities. 2012. All graduate theses and dissertations. Paper 1311. Available from: <http://digitalcommons.usu.edu/etd/1311>

²² Sullivan E. Impact of adventure-based interventions for adults with mental illness and its implications for ot practice. Mental health CATs. 2011. Paper 20. Available from: <http://commons.pacificu.edu/otmh/20>

²³ Voruganti LN. et al. Going beyond: an adventure- and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. Can J Psychiatry. 2006; 51(9):575-80.

²⁴ AA.VV. Non ci scusiamo per il disturbo. Domus de Janas, 2013.

Ringraziamenti

Rivolgo la mia più sentita gratitudine a tutte le persone che hanno permesso la realizzazione di questa tesi.

Ringrazio in primis la prof.ssa Laura Cominetti, relatrice di questo elaborato, per gli importanti insegnamenti di vita e per aver creduto in questo lavoro fondato su una passione che abbiamo in comune, la montagna.

Inoltre, desidero ringraziare sentitamente Sebastiano Audisio, Mario Piasco, Vito Maccarone e il Gruppo Montagna di Cuneo per la loro grande disponibilità e per le bellissime e numerose giornate passate insieme.

Ringrazio il dott. Palomba, per avermi permesso di partecipare alle uscite con il Gruppo Montagna.

Ringrazio Ornella Giordana e Marco Battain per avermi fornito preziose informazioni e consigli fondamentali per il buon esito del mio elaborato.

Vorrei ringraziare la mia famiglia per avermi permesso di arrivare fino a qui, per avermi trasmesso molti dei valori che mi hanno reso la persona che sono.

Ringrazio Giulia per avermi accompagnato durante questo percorso e per il sostegno durante i momenti più difficili.

Ringrazio mia nonna che ha sempre creduto in me sostenendomi durante questi anni e infine mio nonno che se potesse essere qui, sarebbe orgoglioso di me, come tuttora lo sono io di lui.